Rok XXX. Kraków, 18 Lipca 1891. Nr. 29.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. BIEGAŃSKI: Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci. — II. ADAMKIEWICZ: O napadzie apoplektycznym. (c. d.) — III. RUMSZEWICZ: O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka. — IV. *Oceny i sprawozdania. — Anatomija patologiczna.* MITVALSKY. — *Choroby wewnętrzne.* HÖLSCHER. — *Choroby kobiece.* MASSIN. — *Choroby weneryczne i skórne.* LISSAUER. — LEVY. — BORNEMANN. — BÓKAI. — *Patologija.* SEE. — *Choroby umysłowe.* KRAFFT-EBING. (dok.) — *Farmakologija.* HERTEL. — WOLFERT. — V. Korespondencyje. — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci.

Podał
Dr. Władysław Biegański,
lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

Kiedy przed rokiem zabierałem się do opracowania powyższego tematu, miałem na względzie nie tyle czysto teoretyczną stronę téj kwestyi, ile praktyczne jej konsekwencyje w leczeniu przymiotu.

Od czasu ogłoszenia w siódmym dziesiątku bieżącego wieku kilku prac o wpływie małych dawek rtęci na zachowanie się krwi i ogólne odżywianie ustroju nastąpił pewien zwrot w leczeniu przymiotu rtęcią, datujący się od pierwszego wystąpienia Sigmunda (1881 r.). Zalecono stosowanie małych dawek przetworów rtęciowych z częstemi przerwami, a to na téj zasadzie, że małe dawki, stosowane przez pewien ograniczony przeciąg czasu, poprawiają ogólne wejrzenie chorego i zwiększają ilość czerwonych ciałek krwi. Nie dopuszczać więc do zubożenia krwi czyli, jak przypuszczano, do wystąpienia toksycznych objawów działania rtęci, oto hasło, panujące w całéj nowożytnéj terapii przymiotu. Wielu autorów (Semmola[1]), Elzenberg[2]) uważało liczenie czerwonych ciałek krwi za niezbędny sposób, za pomocą którego można określić granice dostatecznego stosowania rtęci. Jak tylko ilość czerwonych ciałek zaczyna się zmniejszać, należy zaprzestać na pewien czas stosowania rtęci, ubytek ten bowiem ma dowodzić dostatecznego nasycenia rtęcią ustroju i występowania toksycznego działania, szkodliwego dla chorego.

[1]) *De la chromocytometrie, appliquée à l'indication et à la tolerance du traitement de mercure et de toutes les substances alterantes.* (*Nouv. Remédes.* 1889). Cyt. w *Jahresb. von Virchow und Hirsch.* — [2]) O leczeniu syfilisu. Odczyty kliniczne, 1889.

Czy pogląd ten jest słuszny? Czy rzeczywiście lecznicze dawki rtęci wywołują właśnie takie zmiany krwi? Oto kwestyja, którą postanowiłem sprawdzić, zabierając się do niniejszéj pracy.

Przedewszystkiem jednak musimy zapoznać się z klinicznemi i doświadczalnemi pracami, które były punktem wyjścia tego nowoczesnego zwrotu w terapii przymiotu. — Pierwszy Liegeois[1]) zwrócił uwagę, że pod wpływem małych dawek sublimatu chorzy na przymiot przybierają znacznie na wadze i poprawia się prędko ich ogólne wejrzenie. Autor robił równocześnie doświadczenia na zwierzętach i na zdrowych osobnikach i doszedł do tego samego wyniku. Następnie Wolbuszewicz[2]) w 1871 r. przedsiębrał szereg badań na chorych przymiotowych i na zwierzętach i przy tych badaniach zwrócił pierwszy szczególną uwagą na zachowanie się ilości białych i czerwonych ciałek krwi śród stosowania rtęci. Pracę tę musimy bliżéj poznać, stanowi ona bowiem główne źródło, z którego do dziś wszyscy prawie autorowie czerpią. U chorych dotkniętych, przymiotem przez 4 dni badano krew, nie zadając im wcale żadnych lekarstw. Technika badania krwi, sądząc z opisu, nie ulega żadnemu zarzutowi. Następnie zadawano chorym rtęć w pigułkach: bądź sublimatu w 4 pigułkach w dziennéj dawce 0·04, bądź jodnik rtęci (*protojoduretum hydrargyri*) w dziennéj dawce 0·10, na 2 pigułki i dawki podzielonéj. Przez ośm dni podczas takiego stosowania rtęci nie badano wcale krwi, dopiero od dziewiątego dnia poczynając, kiedy już działanie lekarstwa mogło się ujawnić, zaczęto badania krwi i prowadzono je codziennie aż do zupełnego wyleczenia.

Otóż na zasadzie takich badań Wilbuszewicz doszedł

[1]) *Des résultats cliniques et scientifiques obtenus avec les injections souscutanées de sublimé à petites doses dans l'etude de la syphilis. Gazette des hôpitaux.* 1869. — [2]) *Influence des préparations mercurielles sur le sang. Arch. de phys. norm. et path.* 1874.

do następujących wniosków. 1) Przed stosowaniem rtęci w okresie czterodniowym, pod wpływem samego jadu przymiotowego ilość czerwonych ciałek krwi znacznie się zmniejsza (na 1 milijon niekiedy), a ilość białych ciałek powiększa się. 2) Pod wpływem rtęci ilość czerwonych ciałek powiększa się stale do pewnego czasu (do 16 dnia stosowania), a następnie zaczyna się zmniejszać aż do zakończenia leczenia. Podczas zakończenia leczenia ilość ciałek krwi była mniejszą, aniżeli przed stosowaniem rtęci. Za to ilość białych ciałek podczas całego leczenia stale zmniejsza się. Ostateczny wniosek Wilbuszewicza był taki, że w przymiocie powstaje zmniejszenie ilości czerwonych krążków (*hypoglobulia*), a powiększenie białych ciałek (*leucocythosis*). Jeżeli przymiot leczymy rtęcią w dawkach powyżéj podanych, to skład krwi poprawia się, mianowicie powiększa się liczba czerwonych krążków, a zmniejsza się liczba białych (ustępuje więc *hypoglobulia* i *leucocythosis*). Ale poprawa ta odbywa się do pewnego czasu, w miarę kumulatywnego działania rtęci liczba czerwonych krążków znów zaczyna się zmniejszać. Po zaprzestaniu stosowania rtęci, jak to Wilbuszewicz w kilku przypadkach mógł się przekonać, liczba czerwonych krążków wzrastała aż do wysokości otrzymanéj w 16. dniu leczenia.

Powyższe dane kliniczne Wilbuszewicz starał się sprawdzić doświadczalnie na zwierzętach. Wybrał on do tych doświadczeń króliki i stosował u nich rtęć w postaci podskórnych zastrzykiwań sublimatu (1 mg.). W doświadczeniach tych autor widział śród stosowania rtęci tylko ubytek czerwonych krążków i dopiero kiedy nastąpiły objawy zatrucia, jak mocna biegunka, liczba krążków nagle wzrastała wskutek zgęszczania się krwi, zwykle też w tych doświadczeniach następowało otrucie i śmierć zwierzęcia.

Postępując chronologicznie musimy wspomnieć teraz o pracy Keyesa[1]). Autor ten badał również za pomocą obliczań krew i znalazł: 1) że chorzy przymiotowi przy zadawaniu małéj ilości rtęci nawet przez długi czas zyskują na sile i wadze; że rtęć powiększa liczbę czerwonych krążków krwi; 3) że przymiot sam przez się wywołuje ubytek czerwonych krążków. Na zasadzie tych danych Keyes wysnuł wniosek, że rtęć w małych dawkach działa jako lek wzmacniający (*tonicum*; i jako taki leczy niedokrwistość w przymiocie i tym tylko sposobem okazuje się w téj chorobie skuteczną. Badania swoje robił Keyes na sobie samym, na jednym chorym z miękkiem owrzodzeniem, oraz na kilku osobnikach dotkniętych przymiotem. Zadawał jodek rtęci wewnętrznie w pigułkach.

Wyniki tych dwóch powyższych klinicznych prac nie są bez zarzutu. Autorowie przedewszystkiem stosowali nierozpuszczalny przetwór rtęci wewnętrznie. Być bardzo może, że jodek rtęci w małych dawkach, jako lek drażniący, działa pobudzająco na kanał pokarmowy i zwiększa wydzielanie soków trawiennych. Pod wpływem zwiększonego łaknienia może następować przybytek na wadze i sile, oraz na ilości czerwonych krążków krwi. Działanie więc na krew w tych przypadkach będzie pośredniem a nie bezpośredniem. Powtóre stosowanie przetworów rtęci w pigułkach nie jest pewnem. Pewna część i tak trudno już rozpuszczalnego przetworu pozostaje w postaci pigułek zupełnie niewessaną. Ilości téj nigdy obliczyć dokładnie nie jesteśmy w stanie i nie posiadamy rzeczywiście żadnéj miary dla wnioskowania o samem działaniu rtęci. Nakoniec doświadczenia na zwierzętach Wilbuszewicza stanowczo nie mają żadnego znaczenia. Autor ten bowiem używał względnie za wielkich i za częstych dawek sublimatu, które też i rychło sprowadzały otrucie zwierzęcia. Działania więc farmakologicznego rtęci na krew nie można było tym sposobem zbadać.

To też uczuwać się bardzo dawała potrzeba doświadczalnego zbadania téj kwestyi. Wydział lekarski w Gietyndze ogłosił wkrótce konkurs na pracę doświadczalną, któraby obejmowała działanie małych dawek rtęci na zachowanie się krwi. Nagrodę konkursową otrzymał Schlesinger[1]). Doświadczenia Schlesingera były robione na psach i królikach ze wszystkiemi potrzebnemi ostrożnościami i z kontrolowaniem wyników na zwierzętach zdrowych. Zamiast stosowanego przez Wilbuszewicza podskórnie sublimatu zastosowano ten sam środek w rozczynie wewnętrznie, podając z pokarmami po 0·0005 dziennie, którą to ilość następnie powiększano tak, że u psów w końcu zadano 0·002 dziennie. Samo badanie krwi Schlesinger uzupełnił przez równoczesne określanie ilości hemoglobiny i robił je bardzo długo, przez kilka miesięcy, niekiedy rok cały. Wyniki tych doświadczeń były następujące. Stale ilość krążków czerwonych krwi wzrastała (z 9—12 milijonów), równocześnie i ilość hemoglobiny stale wzmagała się, a zwierzęta przybierały na wadze. Pomimo takich wyników Schlesinger nie zgadza się ze zdaniem Keyesa, jakoby rtęć miała działać tonicznie, gdyż nie znajdował w swych doświadczeniach zwiększonego wydzielania mocznika. Przytem przekonał się przez sekcyje zwierząt, które były poddane doświadczeniom, że we wszystkich narządach wewnętrznych (w wątrobie i nerkach) następuje obszerne stłuszczenie. Na zasadzie więc powyższéj przychodzi do przekonania, że rtęć zmniejsza sprawy utleniania w ustroju, zmniejsza rozpad czerwonych krążków i tym tylko pośrednim sposobem wywołuje powiększenie ich ilości.

Pomijając następnie prace Robrna (1881) i Hallopeau (1883), których kliniczne wnioski zgadzają się w zupełności z wnioskami Wilbuszewicza a w części Keyesa co do działania małych dawek rtęci, zatrzymamy się bliżéj na pracy Gallarda z 1885 r.[2]) Gallard, jak widzimy z tytułu, rozszerzył swe badania i na innych chorych niedokrwistych, nie dotkniętych przymiotem. Badania były robione w klinice prof. Hayema. Stosowano wewnętrznie jodek rtęci w dawkach dziennych 0·10, oraz sublimat w dawkach 0·01—0·02; w kilku przypadkach zastrzykiwano peptonat rtęci Bambergera. Badano nietylko ilość czerwonych krążków krwi, lecz i ilość hemoglobiny. Wyniki, do jakich doszedł Gallard, są następujące: U chorych przymiotowych liczba czerwonych krążków stale wzrasta aż do 14-go dnia stosowania rtęci. Wtedy dochodzi do maximum (300—700 tysięcy więcéj krążków aniżeli przed stosowaniem); następnie przy dalszem zadawaniu rtęci ilość czerwonych krążków zmniejsza się. — Ilość hemoglobiny także powiększa się i to w stosunku znacznie większym aniżeli przybytek czerwonych krążków; na-

[1]) *The effect. of small. doses of Mercury in modifyjing the number of the red blood corpuscles in syphilis. The americ. Journal of the medic. sciences.* 1876.

[1]) *Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung lange Zeit fortgegebener kleinen Dosen Quecksilbers auf Thiere. Arch. f. exp. Pathol. und Pharm.* 1880, B. XIII. —
[2]) *De l'action du mercure sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques. Gazette des hôpitaux* 1885, Nr. 74.

wet podczas okresu zmniejszania ilości krążków ilość hemoglobiny wzrasta aż do 24. dnia zadawania rtęci; daléj już pozostaje w jednéj mierze. Te same wyniki otrzymał Gallard i przy stosowaniu rtęci w tych samych dawkach u niedokrwistych osób (podobnych badań robiono pięć). Na zasadzie powyższych wyników autor porównywa działanie rtęci w małych dawkach do działania żelaza, t. j. przypisuje rtęci działanie toniczne, wzmacniające.

Praca Gallarda była ostatnią z szeregu prac, traktujących o działaniu rtęci w małych dawkach na zachowanie się krwi. Wszystkie powyżéj cytowane prace bądź kliniczne, bądź doświadczalne, dochodzą rzeczywiście z rzadką zgodnośnią do jednakowych prawie wyników. A jednak z punktu widzenia praktycznego przy zastosowaniu tych wyników do celów leczniczego stosowania rtęci powstają liczne wątpliwości.

Przedewszystkiem wszystkie te prace obejmują jeden tylko najmniéj używany sposób stosowania przetworów rtęciowych, mianowicie wewnętrzny. Nie rozwiązują one kwestyj działania tego środka przy innych więcéj używanych sposobach leczniczych, mianowicie przy leczeniu naskórnem wcieraniami i przy podskórnem stosowaniu nierozpuszczalnych przetworów rtęci. Słusznie więc powstaje wątpliwość, czy zmiany we krwi zachodzące zależą przy tego rodzaju stosowaniu od bezpośredniego wpływu wessanéj rtęci na krew, czy też pośrednio od pobudzonego trawienia, wzmocnionego łaknienia i zwiększonego przyswajania pokarmów. Drugi zarzut jest ten, że dawki stosowane były rzeczywiście małe, nie dochodzące do tych dawek, jakie lecząc zwykle stosujemy w przymiocie. Nie wiadomo więc, czy dawki farmakologiczne nieco wyższe okazują ten sam wpływ na krew i ustrój, co powyżéj wzmiankowane minimalne dawki.[1]) To też słusznie praktyczne konsekwencye tych prac podał w wątpliwość Kobert, ostrzegając szczególniéj przed pojmowaniem rtęci jako leku działającego tonicznie wzmacniająco na podobieństwo żelaza.

Nakoniec najważniejszy zarzut, bo dotyczący się podstaw powyższych prac, zrobićby można saméj metodzie badania krwi. Obliczanie czerwonych krążków daje tylko względne pojęcie o stanie krwi. Tym sposobem określamy ilość krążków w jednostce krwi, lecz nie mamy pojęcia o ogólnéj ilości téjże. Ilość krwi nie jest wielkością stałą w ustroju, lecz podlega ciągłym wahaniom i to dość znacznym, wskutek ubytku lub przybytku płynnéj zawartości, t. j. wody. W miarę przybywania wody gęstość krwi zmniejsza się, a zatem w jednostce krwi otrzymujemy zmniejszoną ilość organizowanych pierwiastków, w miarę zaś ubytku wody krew zgęszcza się i liczba czerwonych krążków musi się powiększyć. Powiększanie się zatem lub zmniejszanie się liczby czerwonych krążków w jednostce krwi nie dowodzi wcale powiększania się lub zmniejszania ogólnéj ilości tychże. Stanowcze wnioskowanie na téj zasadzie byłoby w zupełności fałszywe. Już oddawna liczne badania stwierdziły, że liczba ciałek krwi u jednego i tego samego człowieka, może się wahać znacznie. Welcker badając swą własną krew znalazł raz 4,673,846 cz. k., drugi raz 5,269,505. Vierordt, Duperier znaleźli, że po przyjęciu obfitéj ilości pokarmów ilość czerwonych krążków zmniejsza się i to dość znacznie. Przeciwnie przy głodzeniu zwierząt znajdowano powiększenie liczby czerwonych krążków krwi. Takież powiększenie podług Mallasseza znajdujemy po wysiłkach fizycznych, po gorących kąpielach (ubytek wody).[1]) Nakoniec patologiczne fakta powiększania się nadmiernego (do 8 milionów) czerwonych krążków przy niewyrównanych wadach serca (Bamberger), w biegunkach, cholerze, wszędzie tam, gdzie następuje znaczny ubytek wody, wskazują, jak należy być ostrożnym z wnioskowaniem o znaczeniu ilości czerwonych krążków znajdowanéj przez obliczanie. Przybytek lub ubytek nawet obejmujący 1 milijon czerwonych krążków nie dowodzi ani poprawy ani zubożenia krwi w organizowane pierwiastki, gdyż podobne wahania zdarzyć się mogą przy zgęszczeniu lub rozrzedzeniu krwi jeszcze w granicach fizyjologicznych.

Prace powyżéj rozbierane poruszają w związku z kwestyją działania rtęci na krew jeszcze jedną kwestyję, mianowicie zachowanie się krwi w przymiocie. Wilbuszewicz znalazł, że pod wpływem jadu przymiotowego powstaje zmniejszenie się ilości czerwonych krążków (*hypoglobulia*) i powiększenie ilości białych (*leucocythosis*). Keyes znalazł również zubożenie krwi w czerwone krążki. Gallard nie tylko znalazł zmniejszenie się ilości czerwonych krążków lecz i zmniejszenie się ilości hemoglobiny (*chloraemia*). Do takich samych prawie rezultatów doszli i inni autorowie. Ricord i Grassi wspominają o zmniejszeniu się czerwonych krążków. Virchow wspomina o *hypoglobulia, chloraemia* i *leucocythosis* w przymiocie. Najnowsza praca w téj kwestyi Leziusa[2]) rozstrzyga tę rzecz w następujący sposób. Czerwone krążki w przymiocie zmniejszają się w niewielkim stopniu (*hypoglobulia parva*), hemoglobina zmniejsza się znacznie (*chloraemia magna*), stosunek białych ciałek do czerwonych pozostaje prawidłowy, stosunek jednojądrowych t. zw. limfocytów do wielojądrowych białych ciałek jest także prawidłowy. Widzimy więc, że i w téj kwestyi zupełnéj zgody nie ma.

Takiemi są dane, jakich dostarcza nam literatura. Dane te nie są ani zupełne, ani pozbawione pewnych wątpliwości. Dlatego też przy opracowaniu niniejszego tematu z punktu widzenia praktycznego postawiłem sobie następujące zadania do rozstrzygnięcia:

1. Zbadać zmiany zachodzące we krwi pod wpływem jadu przymiotowego przed leczeniem.

2. Zbadać zmiany krwi u przymiotowych po ukończeniu leczenia rtęcią, biorąc na uwagę rozmaite dziś używane sposoby (podawanie wewnętrzne, naskórne i podskórne).

3. Zbadać zmiany krwi w przebiegu samego leczenia.

Nim przystąpię do opisu otrzymanych wyników, muszę przedewszystkiem w krótkości opisać samą metodę badania krwi, stosowaną przezemnie. Krew otrzymywałem przez nakłucie szeroką igłą średniego palca po poprzedniem dokładnem oczyszczeniu i roztarciu palca. Krew badałem zawsze w jednéj porze dnia, mianowicie między godz. 10—12 z rana u chorych szpitalnych, znajdujących się w jednakowych zupełnie warunkach życia i przy jednakowem pożywieniu.

Obliczanie ciałek krwi dokonywano za pomocą przyrządu Thoma-Zeissa, używając do rozcieńczenia krwi w pier-

[1]) *Zur Pharmacologie des Quecksilbers. Schmidts Jahrb.* 1885.

[1]) Cytowane w podręczniku fizyjolog. Hermana T. IV. — [2]) *Blutveränderungen bei der Anämie der Syphilitischen.* Dorpat 1889, refer. w *Archiv. f. Derm. u. Syphil.*

wszych badaniach roztworu fizyjologicznéj soli, następnie zaś płynu Hayema[1]). Większość badań dokonaną została przy rozcieńczeniu płynem Hayema. Płyn ten lepiéj aniżeli roztwór soli konserwuje ciałka krwi; białe ciałka w płynie tym wybitnie wyróżniają się od czerwonych krążków, to też równocześnie można i jedne i drugie liczyć. Tak zwane płytki Bizzozery bardzo wyraźnie w płynie tym występują, nie zlepiają się w placiki i dają się łatwo obliczać. Przy nastawieniu preparatu baczyliśmy zawsze na następujące okoliczności: staraliśmy się zawsze, żeby kropla puszczona z przyrządu do mięszania, po przykryciu szkiełkiem pokrywkowem, zajmowała albo ściśle środek krążka szklanego z podziałkami, albo cały krążek, lecz żeby nigdy nie dostawała się ani do rowka, ani tembardziéj pod szkiełka pokrywkowe na obwodzie. Unikaliśmy zawsze tworzenia się małych pęcheków powietrza w badanéj cieczy pod szkiełkiem pokrywkowem. Unikaliśmy również przesuwania raz położonego szkiełka pokrywkowego, gdyż tym sposobem często powstaje niejednostajne ułożenie się ciałek krwi. Nakoniec baczyliśmy, aby szkiełko pokrywkowe szczelnie przylegało aż do wystąpienia barwnych kół Newtona, gdyż tym sposobem kamera ma dopiero wymiar $^1/_{10}$ mm. głębokości.

Chcąc uczynić liczby jaknajprawdopodobniejszemi, obliczaliśmy czerwone krążki za każdym razem na 200 kwadracikach, białe zaś na wszystkich 400. Tym sposobem podług teoryi rachunku prawdopodobieństwa błąd wyliczenia był mniejszy, aniżeli 2%. Mniejsze prawdopodobieństwo daje przyjęty przez nas sposób obliczania białych ciałek, już ze względu na otrzymywane niewielkie liczby. Chcąc osiągnąć możliwe tutaj prawdopodobieństwo, należałoby używać innego przyrządu do mięszania w stosunku 1:10, jaki podał Thoma[2]) i stosować rozczyn $^1/_3$% kwasu octowego. Wtedy liczby otrzymalibyśmy 300 razy większe, a samo prawdopodobieństwo byłoby większe w stosunku do pierwiastku kwadratowego tego powiększenia, mianowicie 4·47 razy. Lecz sądzę, że możliwy błąd będzie i przy naszem liczeniu niewielki, a oszczędzamy sobie raz tyle pracy. w tem żmudnem badaniu, jakiem jest liczenie ciałek krwi.

Równocześnie z czerwonemi i białemi ciałkami obliczaliśmy w ostatnich kilkudziesięciu badaniach i liczbę płytek Bizzozery na 200 kwadracikach.

Do określenia ilości hemoglobiny używaliśmy przyrządu Fleischla (haemoglobinometr). Badanie przyrządem tym nie daje bezwzględnéj wartości, jednakże przy porównawczem badaniu rezultaty te, choć względne, mają jednak wielką wartość kliniczną. Pamiętać jednak i tu potrzeba o pewnych środkach ostrożności. Badanie wykonywać powinien zawsze jedna i ta sama osoba, oświetlenie sztuczne powinno być zawsze jednakowéj siły, nie mówiąc już o dokładnem wypełnieniu rurki kapilarnej, o zewnętrznem jej oczyszczeniu, a to w celu, żeby zawsze jednę i tę samą ilość krwi poddawać badaniu. Żeby uniknąć zmętnienia w przyrządzie wodnego rozczynu krwi, należy zaraz po zebraniu krwi zanurzyć w wodę rurkę kapilarną. W razie otrzymania mętnego rozczynu, nie radzę dodawać nigdy, jak to proponował Leichtenstern, małéj ilości rozczynu ługu sodowego, gdyż podobny dodatek, jakkolwiek klaruje ciecz, zmniejsza równocześnie i stopień jej zabarwienia.

[1]) Skład płynu Hayema: *Hydraryg. bichl. com. 0,5, Natrii sulfor. 5,0, Natrii chlor. 2,0 Aq. dest. 200,0.* — [2]) *Ueber die Zählnng der weissen Blutkörperchen. Virchows-Archiw.* 1882.

Badanie białych ciałek dopełnialiśmy jeszcze oglądaniem suchych barwionych preparatów. Krew cienko zebraną na szkiełku pokrywkowem pozostawioną była do zupełnego wyschnięcia na powierzchni. Następnie tak wysuszone szkiełko przeciągaliśmy kilka razy przez płomień lampki spirytusowéj i dopiero wkładaliśmy do płynu barwiącego. Barwiliśmy albo w wodnym rozczynie fijołka gencyjanowego, albo w płynie Ehrlicha, albo robiliśmy podwójne barwienie eozyną i fijołkiem gencyanowym. W płynie Ehrlicha[1]) szkiełka pozostawały 5 — 6 godzin, a nawet więcej, następnie wymyte i wysuszone były badane pod mikroskopem w olejku terpentynowym. Przy podwójnem barwieniu kładliśmy wysuszone szkiełka do mocnego roztworu eozyny w glicerynie, w którym szkiełka pozostawały 6 — 15 godzin, następnie przemyte wkładane były na jednę minutę do rozczynu wodnego fijołka gencyanowego[2]). Przy obu ostatnich sposobach barwienia, oprócz zachowania się jąder, mogliśmy spostrzegać i ciałka eozynowe Ehrlicha. (C. d. n.)

II. O napadzie apoplektycznym.

Przez

Prof. Dra Adamkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Wysokie parcie żylne przeszkadza dopływowi krwi do naczyń włosowatych i nie dozwala odżywienia tychże elementów krwią tlen zawierającą. W końcu zawartość rozszerzonych żył dochodzi, jak to łatwo wykazać można, do serca prawego i utrudnia działanie jego.

Parcie wyższe mózg znosi, ale tylko na ograniczonéj przestrzeni, albowiem istota mózgu jest ściśliwą, a przy ucisku miejscowym ogólne krążenie krwi w mózgu nie cierpi. Ale nie znosi on podwyższenia parcia działającego na całą treść czaszki. I nie może być parcie wyższe w czaszce, niż parcie, które istnieje w stosunkach prawidłowych, w przeciwnym bowiem razie natychmiast przychodzi do zejścia śmiertelnego. To parcie prawidłowe jest bardzo małe i dochodzi tylko do 5—15 mm. Hg. Jakże dziwnem jest mniemanie autorów (Bergmanna, Leydena i Wernickiego) w przeciwstawieniu do rzeczywistości, jakoby w czaszce parcie potrzebowało się podnieść do 150—200 mm. Hg., aby wywołać utratę przytomności!

Wernicke powołuje się na stare doświadczenia, według których wtłaczanie płynu do czaszki o parciu 130 mm. Hg. miało wywołać oszołomienie zwierząt! Doświadczenia takie opisują Leyden i Pagenstecher, lecz są one źle tłomaczone. Można bezwątpienia u zwierząt wywołać utratę przytomności, jeśli przez otwór trepanacyjny będziemy w czaszkę wtłaczali płyn w sile 130 mm. Hg. Ale ta siła nie przed-

[1]) Skład płynu Ehrlicha: *Eosin. cryst. 0·5, Haematosylin. 2·0, Alcohol. absol. Aq. dest. Glycerin. āā 100·0, Ac. acet. glac. 10·0, Alumin. 2·1.* — [2]) Sposób ten podany został przez Müllera i Riedera w pracy: *Ueber Vorkommen und klinische Bedeutung der eosinophilen Zellen in zirkulirendem Blute des Menschen. Deut. Arch. f. klin. Med* 1891 r. Zmieniliśmy go o tyle, że zamiast w hematoxylinie podbarwiliśmy w fijołku gencyjanowym.

stawia tego napięcia, które ma płyn wtłaczany w czaszkę, lecz siłę, jakiéj użyć musimy, aby nadać płynowi w czaszce tylko to niskie parcie znajdujących się tam żył. Z drugiéj strony można udowodnić, że krążenie krwi żylnéj nie ulega zmianom, jeżeli zwierzęciu będziemy wtłaczali płyn nawet o parciu 200 mm. Hg., że nie wystąpi wtedy napad apoplektyczny, lecz co najwięcéj lekkie objawy podrażnienia, *nystagmus* i lekkie drgawki mięśniowe. To osiągnąć jednak można nie wtedy, jeżeli płyn przez otwór trepanacyjny będziemy wtłaczali o znanem parciu, albowiem przy tem doświadczeniu płyn wtłaczany, z powodu braku innego odpływu, uciska żyły, lecz jeżeli po oddzieleniu powłok czaszki, jak to późniéj dokładniéj opiszemy, otworzymy komórki mózgowe i jeżeli na takowe płynem o pewnem parciu zadziałamy. Używam[1]) do tego doświadczenia tego samego sposobu, jakiego użyłem w doświadczeniach o tak zw. „parciu mózgowem“, i na innem miejscu dokładnie opisałem i na rysunku przedstawiłem.

Strumień wody, który wychodzi z strzykawki uciskanéj z całéj siły na odkryte części mózgu, nie jest w stanie wywołać napadu apoplektycznego.

Inne tłomaczenie, które odnosiło się do wyjaśnienia tak zw. schoku, chciano wyzyskać na tłomaczenie napadu apoplektycznego.

Duret wykazał, że przy silnem wtłaczaniu płynu w jamę czaszki występuje utrata przytomności i oszołomienie u zwierząt, i że przy sekcyi można wykazać rozstrzeń komórki czwartéj i pęknięcia na jéj podstawie.

Zupełnie zbyteczną jest rzeczą wykazać, że te doświadczenia nic nie mają wspólnego z apopleksyją i naturalnie żadnego wyjaśnienia nam o niéj nie dają.

Pozostaje nam jeszcze jedna hypoteza, która jakkolwiek nam nie wyjaśnia napadu apoplektycznego w ogólności, to jednak ma nam wykazać przyczynę tych objawów, które występują przy insulcie apoplektycznym po embolii. Już Wernicke[2]) daje nam mechaniczne wyjaśnienie insultu, powstałego z powodu embolii. Sądzi on, że przez nagłe zamknięcie wielkiego naczynia w mózgu odpowiednia tkanka mózgowa odżywiana przez to naczynie staje się nagle ubogą w krew i „zapada się“. A reszta mózgu chcąc zająć miejsce wolne powstałe przez to zapadanie, „rozdziera się“, a ponieważ to nagle występuje, to jeszcze większe uszkodzenia wywołuje aniżeli krwotok, przy którym dłuższego potrzeba czasu.

Trudno jest brać tę teoryję na seryjo!

Zapadać się może tylko tkanka, która w zwykłych warunkach jest rozciągniętą. Dlatego zapada się płuco przez parcie pozaopłucnowe, jeżeli otworzymy klatkę piersiową.

Równie mało jak tkanka mózgowa może się zapadać, równie mało może się ona rozciągnąć, nie posiada bowiem ani elastyczności ani rozciągliwości. Ponieważ tkanka płucna posiada te własności, dlatego przy zamknięciu oskrzela wytwarza się rozciąganie tkanki sąsiedniéj, obok atelektazy tkanki zaopatrywanéj przez to oskrzele, — rozedma zastępcza. Zdaje mi się, że Wernicke miał na myśli stosunki w klatce piersiowéj, gdy pisał o mózgu.

Ale obok tego, że mózg z płucem pomięszał co do elastyczności i rozciągliwości, zapomniał jeszcze o okoliczności może najważniejszéj. Jeżeli po zamknięciu jednego oskrzela część płuca zaopatrywana przez nie powietrzem zapada się, a część sąsiednia się rozdyma, to jestto nietylko fizycznem następstwem elastyczności i rozciągliwości płuca, ale to jest wywołane i tą okolicznością, że 1) między płucem a ścianą klatki piersiowéj istnieje parcie ujemne, zmieniając się podczas wdechu i wydechu od 7 do 30 mm. Hg., i że 2) do obszaru zatkanego oskrzela ani jeden atom powietrza dostać się nie może.

Albowiem wszystkie oskrzela od początku do końca nigdzie ze sobą nie komunikują. Uszło to uwagi autora, że najmniejszych śladów podobieństwa stosunków nie ma w czaszce.

Na powierzchnię mózgu nietylko nie działa żadne parcie ujemne, lecz powierzchnia mózgowa pozostaje pod wpływem parcia choć małego, to jednak dodatniego o kilku mm. Hg. Dochodzi ono według moich doświadczeń do 5—15 Hg. Wernicke sam wspomina o 8—10 mm. H_2O a mimo to przypuszcza, że tam istnieje parcie ujemne.

A potem nie zachowują się naczynia mózgowe co do komunikacyi tak, jak oskrzela w płucach; one posiadają liczne anastomozy i dlatego w chwili zatoru większego naczynia mózgowego wypełnia się obszar przez to zatkane naczynie odżywiany zupełnie krwią z sąsiedztwa. Jakżeż może się zapadać tkanka mózgowa? Jakież to zagadkowe siły mają działać na to, aby sąsiednie części tkanki mózgowéj się rozdymały, jeżeli one najmniejszéj nie posiadają fizycznéj własności, aby były w stanie to uczynić!

W najnowszym czasie Geigel daje nam nowe tłomaczenie insultu apoplektycznego. Geigel wychodzi z tego zapatrywania, że utrata przytomności, która towarzyszy insultowi apoplektycznemu, nie może być inaczéj tłomaczoną, jak uszkodzeniem całéj istoty mózgowéj a przynajmniéj większéj jéj części. Przy każdym insulcie musi, tak Geigel tłomaczy, według naszych dzisiejszych zapatrywań istota szara mózgu być siedzibą zmian, jeżeli w ogóle przychodzi do napadu apoplektycznego.

Aby więc wykazać, co się dzieje przy zatorowaniu jednéj tętnicy mózgowéj z innemi tętnicami mózgowemi, skonstruował Geigel następujący przyrząd: dwie rury kauczukowe pozostające w związku z dwoma naczyniami o pewnem parciu, a kończące się ostro zakończonemi szklanemi rureczkami przechodzą przez flaszkę Woulfa, hermetycznie zamkniętą i wypełnioną wodą, a posiadają one własność, że mogą treść swoję wypróżniać na sposób fontany. Jeżeli się teraz uciśnie jedną rurkę, to opada chwilowo i parcie w drugiéj rurce. A powstaje to przez to, że nagle zamknięta rura kauczukowa ściąga się i wywiera na drugą parcie ssące. Nagłe rozszerzenie się światła w téj ostatniéj jest naturalną przyczyną opóźniania się prądu wody. W ten sposób, sądzi Geigel, musi nagłe zamknięcie jednéj tętnicy mózgowéj działać na inne i wywołać ogólne *„Adiämorrhysis cerebri“*.

Ale i temu doświadczeniu brak *tertium comparationis*. Czaszka nie jest flaszką Woulfa, mózg nie jest płynem i naczynia krwionośne nie są rurami kauczukowemi.

Naczynia są to organa o skomplikowanych ścianach i posiadają fizyjologiczne własności, na mocy których różnią się od praw, które do rur elastycznych dają się zastosować i na mocy własności tych fizyjologicznych regulują prąd krwi i zupełnie od zwykłych praw fizycznych i ich wpływów nie są zawisłe.

[1]) *Stzgsber. der kais. Akad. d. W. zu Wien.* 1890. — [2]) *Deutsche med. Wochenschr.* 1879, S. 343.

Przypominam zwiększony podwójnie dopływ krwi do tętnicy nerkowéj, jeżeli druga zostanie podwiązaną. Jeśli jedna *carotis* zostanie zamkniętą, to parcie krwi nie opada i nie zmniejsza się dopływ krwi do mózgu, jak to Geigel sądzi, lecz drożna *carotis* przyjmuje działanie tamtéj na siebie i zaopatruje mózg ilością krwi obydwóch, a ta siła regulacyjna naczyń mózgowych jest tak wielką, że można obie *carotis* i jedną *vertebralis* podwiązać bez najmniejszego naruszenia funkcyi mózgu. Hypoteza Geigla nie dostarcza zatem żadnego tłomaczenia co do insultu apoplektycznego.

Tak więc dotychczas nie znachodzimy wyjaśnienia co do zbioru objawów napadu apoplektycznego.

Jeżeli się odważam podać inne tlómaczenie insultu apoplektycznego, to nie robię to dlatego, aby właśnie obecną lukę pod tym względem wypełnić, tylko z téj przyczyny, że powyższe zapatrywanie Wernickego, jedyne, które się utrwaliło, polega na znanéj dedukcyi staréj nauki o „ucisku mózgu“, ja zaś tę naukę uważam za fałszywą wraz z jéj wszystkimi wnioskami.

Jak już nadmieniłem, sądzi Wernicke, że utrata przytomności w apoplektycznym insulcie jest wynikiem nagłego podwyższenia się parcia w czaszce z 10 mm. H_2O na 150—200 mm. Hg. i że to podwyższenie prowadzi do zamknięcia naczyń krwionośnych mózgu, a ztąd do anemii mózgowéj.

Jak sądzę, wykazałem przez ścisłe doświadczenia, że wnętrze czaszki nie znosi w ogóle wyższego parcia od parcia fizyjologicznego płynu mózgo-rdzeniowego o 5—15 m. Hg. i że wszystkich tych zjawisk, które stara nauka objaśniła przez podwyższenie się parcia we wnętrzu czaszki, a ztąd przez anemiję mózgu, nie można wyjaśnić na drodze fizycznéj — lecz powstają one skutkiem podrażnienia i porażenia mózgu. Do tych zjawisk należą prócz *nystagmus*, prócz zaburzeń w akcyi serca, oddychania i prócz wymiotów, jeszcze *coma*. A ponieważ dla napadu apoplektycznego najważniejszym objawem jest właśnie *coma* i utrata przytomności, to musimy, jeżeli moje tłomaczenie t. zw. „objawów ucisku mózgu“ jest słuszne — udowodnić, że i napad apoplektyczny przychodzi do skutku przez drażnienie mózgu i w żadnym nie pozostaje związku z jakiemikolwiekbądź zmianami w parciu w czaszce.

A jeśli ten dowód się uda, to będzie on także ważnym ze względu na prawdziwość mego tłomaczenia o „objawach ucisku mózgu“. (Dok. nast.)

III. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

Bezwątpienia zwyrodnienie skrobiowate spojówki oka nie uszło uwagi dawnych badaczy, jakkolwiek opisali je pod innem mianem. W podręczniku Cheliusa napotykamy opisy dwóch form cierpień spojówki. Pierwszą nazywa on „*Encanthis fungosa*“; ma ona zależeć na powiększaniu znacznem mięska łzowego, które się składa jakby z osobnych płatów, barwy białawéj lub szarawéj. Rozrost zajmuje również fałd półksiężycowy, nadto górny i dolny fałd przejściowy. Drugą formę opisuje Chelius pod nazwą „łagodnego grzybiastego zwyrodnienia spojówki; powstaje ono w postaci odosobnionych, miękkich, bladoczerwonych wałków, które ciągle się powiększając łączą się ze sobą, tworząc masę miękką a nieprawidłową, barwy ciemno-czerwonéj lub fioletowéj. Wskutek ciśnienia przez powieki wywieranego, masa skierowuje się ku środkowi rogówki, która wskutek tego zupełnie jest przez nią przykrytą i staje się niewidoczną“. Wspomina także, że powieki znacznie mogą być powiększone i bardzo łatwo powstają krwotoki. Opisy te bardzo przypominają skrobiowate zwyrodnienie spojówki. Z podanego przez Stellwaga opisu „zwyrodnienia galaretowatego“ również przypuścić możemy, że i on spostrzegał zwyrodnienie skrobiowate. Zaliczyć też tu wypada opisany przez Alexandra (*Monatsbl. f. Augenheilk.* 1875, str. 329) przypadek zwyrodnienia prawéj dolnéj powieki, które za liszajowe uważa. Badania drobnowidowego nie dokonał, z opisu zaś przypadek najzupełniéj przypomina zwyrodnienie skrobiowate.

W r. 1876 Laskiewicz-Friedensfeld (*Monatsbl. f. Augenheilk.* str. 337) opisał przypadek, w którym, o ile się zdaje na gruncie jaglicowym, spojówka wybujała do granic nowotworu, jednocześnie spostrzeżono też przerost chrząstki. Obie powieki były bardzo obrzmiałe, spojówka chrzątki nierówną, pokrytą brodawkami barwy szarawo czerwonéj, którą to barwę przybierała również spojówka gałki; to samo wejrzenie miał fałd półksiężycowy. Stosowano środki ściągające i rtęciowe preparaty, w końcu usunięto wszystkie narośle, bądź nożycami, bądź wyskrobano ostrą łyżeczką, poczem jednak ponownie powstały, powstały też i po zastosowaniu ciasta z chlorkiem cynku.

Jakkolwiek nazwę „rozlanéj jaglicy“ stosowano dawniéj do rozmaitych form, wszakże przypadki powyższe przedstawiały zbyt wiele cech odrębnych, chociaż na chemiczne oddziaływanie tkanek nie zwrócono na razie uwagi.

W r. 1871 v. Oettingen w Dorpacie pierwszy dowiódł, że na powiekach oka powstawać może sprawa skrobiowata, bynajmniéj nie wywołana przez zaburzenia w całym organizmie i opisał dwa takie przypadki w klinice Uniwersytetu Dorpackiego spostrzegane, o których obszerniéj mówi Kyher. Odtąd w literaturze napotykamy coraz więcéj opisów podobnych i obecnie mamy co najmniéj 39 przypadków. Niejednokrotnie zbierano je w całość, zwłaszcza w trzech dorpackich rozprawach; przeto nie przytaczając spostrzeżeń z osobna, podam późniéj ogólny obraz cierpienia, oparty na dotychczasowych opisach i czterech przypadkach, przezemnie spostrzeganych, które opiszę szczegółowo. Najpierw jednak podam spis prac o zwyrodnieniu szklistem i skrobiowatem powiek traktujących.

1. v. Oettingen: Die ophthalmologische Klinik Dorpats in den drei ersten Jahren ihres Bestehens. Derp. med. Zeitschrift. Bd. II, str. 49, 1871.

2. E. Kyher: Studien über die amyloide Degeneration. Diss. Dorpat 1871.

3. Vogel: Ueber Perichondritis des Tarsalknorpels. Diss. Bonn 1873.

4. Th. Leber: Ueber amyloide Degeneration der Bindehaut des Auges. Arch. f. Ophthalm. XIX, I, 1873.

5. Mooren: Ophthalm. Mittheilungen aus d. Jahre 1873. Berlin 1874.

6. Jodko-Narkiewicz: Trzecie sprawozd. z Instytutu oftalm. z r. 1873.

7. E. J. v. Becker: Amyloid degeneration of tarsi. Finska Läkaresallskapets Handlingar. Bd. 17. 1875.

8. Braun: Pamiętnik Towarz. chirurgów w Moskwie 1875 (po ros.).

8. Reymond: Degenerazione amiloidea della congiuntiva. Annali di Oftalmol. IV, s. 349, 1875.

10. Kyll: Die amyloide Degeneration der Conjunctiva. Diss. Bonn 1876.
12. Stroehmberg: Ein Beitrag zur Casuistik der amyloiden Degeneration an den Augenlidern. Diss. Dorpat 1877.
12. Quaglino i Guaita: Contribuzione alla storia clinica et anatomica dei tumori intra et extraoculari. An. di Ottalm. VI. 8, s. 163.
13. Narkiewicz-Jodko: Ważniejsze wypadki z Instyt. oftalm. z r. 1877. Gazeta Lekarska 1878.
14. C. S. Bull: Sarcoma of the conjunctiva, amyloid infiltration and degeneration. New York med. Record. XVI, I, s. 307, 1878.
15. Mandelstamm i Rogowitsch: Ein Fall von Amyloid der Conjunctiva bulbi et palpebrarum. Arch. f. Ophth XXV, I. 1879.
16. Th. Leber: Ueber die Enstehung der Amyloidentartung etc. Arch. f. Ophtalm. XXV, I. 1879.
17. v. Hippel: Ueber amyloide Degeneration der Lider. Arch. f. Ophtalm. XXV, 2, 1879.
18. Die Amyloidtumoren der Conjunctiva. Diss. Dorpat 1879.
19. Adamiuk: O zwyrodnieniu skrobiowatem powiek. Sprawozdania z posiedzeń Tow. lekarskiego w Kazaniu. Nr. 3, 1880 (po ros.).
20. Raehlmann: Zur Lehre v. d. Amyloiddegeneration der Conjunctiva. Arch. f. Augenheilk. X, 2. 1881.
21. Tenże: Ueber amyloide u. hyaline Degeneration der Conjunctiva. Virchows Archiv. Bd. 87, s. 325, 1882.
22. Tenże: Amyloiddegeneration of the cyclids. Arch. opht New-York XI, str. 446, 1882.
23. Th. Kubli: Die klinische Bedeutung der sogenannten Amyloidtumoren. Arch. f. Augenheilk. X, 2, Diss. 1882.
24. J. Talko: Szkliste i mączkowate zwyrodnienie. Pam. Tow. lek. warsz. Zeszyt 3. 1882.
25. Businelli: Caso di degenerazione amiloido del tessuto peritarsale. Annali di ottalm. s. 532, 1882.
26. Kamocki: Szkliste zwyrodnienie łącznicy. Gaz. Lekarska Nr. 19 i Centralbl. für prakt. Augenheilk. März 1886.
27. Porywajew: Przypadek szklisto skrobiowatego guza spojówki. Wiestnik oftalm. 1886 (po ros.).
28. Vossius: Ueber die amyloide Degeneration der Conjunctiva. Beiträge zur pathol. Anatomie u. allg. Pathologie. Bd. IV, 1888.
29. Vossius: Ueber die hyaline Degeneration der Conjunctiva. Beiträge zur pathol. Anatomie u. allg. Pathologie. Bd. V. 1889.

Przytoczę teraz cztery własne spostrzeżenia.

Przypadek 1-szy. 43-letni zdrowy mężczyzna, silnéj budowy, nie przypomina sobie, by kiedykolwiek ulegał znaczniejszym cierpieniom. Rady méj zasięgał po raz pierwszy w początku lipca 1887 r. Stan był następujący. Prawe oko: rogówka i białkówka zupełnie prawidłowe, na górnym fałdzie przejściowym w okolicy obu kątów drobne ziarniny, w środku zaś na spojówce chrząstki obfite drobne blizny. Na zgrubiałym dolnym fałdzie przejściowym były ułożone w kilka szeregów torebki limfatyczne, wydzielina nie obfita. Lewe oko: rogówka i białkówka prawidłowe, górna powieka nieznacznie opadnięta, przy namacywaniu brzeg oczodołowy jéj chrząstki jest położony wyżéj niż brzeg ten lewéj górnéj chrząstki, jednocześnie czuć się daje zgrubiałość tego brzegu, chociaż gładka i jednostajna wzdłuż całéj chrząstki. Powieka łatwo daje się odwrócić a wtedy widzimy, iż przez całą długość fałdu przejsciowego przechodzi bruzda, która dzieli go na dwa kawałki: grubszy przedni i znacznie węższy tylny. W obrębie chrząstki spojówka jest prawidłową, w okolicy zaś fałdu przejściowego znacznie zgrubiałą, barwy żółtawo-czerwonéj. Dolna powieka również jest cokolwiek powiększoną, spojówka chrząstki prawidłowa, barwy prawie czerwonéj, bez śladu ziarnin. Po dwudniowym pobycie w mieście chory usunął się od obserwacyi i ponownie widziałem go dopiero w rok późniéj. W prawem oku znalazłem mniéj lub więcéj to samo co dawniéj, w lewem oku przeciwnie bardzo znaczne nastąpiły zmiany. Obie powieki były zgrubiałe, wypukłe i jakby wysunięte ku przodowi, na powierzchni ich widoczne były rozszerzone żyły. Szpara powiek miała w środku zaledwie 4 mm. szerokości, przy największem natężeniu chory rozszerzał ją tylko do 7 mm. Skóra powiek była zresztą przesuwalną i zupełnie prawidłową. Brzegi oczodołowe chrząstek bardzo zgrubiałe, rzęsy położone prawidłowo, wydzielina nie obfita. Po odciągnięciu powiek spostrzegamy, że spojówka gałki jest jednostajnéj, ciemno-czerwonéj barwy, z odcieniem fijoletowym, powierzchnia jéj gładką, bardzo lśniącą i znacznie zgrubiałą, nadto nasuwa się dokoła na rogówkę, tworząc na niéj wałek kręgowy, grubości około 1 mm., który znów tak daleko jest posunięty na rogówkę, iż średnica nieprzykrytej jéj części wynosiła zaledwie 4 mm. Zmian w saméj rogówce żadnych zresztą nie było, $V = {}^{20}/_{20}$. Mięsko łzowe i fałd półksiężycowy znacznie powiększone, barwy również czerwono-fijoletowéj. Górną powiekę udało się odwrócić tylko z największą trudnością. Spojówka chrząstki zgrubiała, barwy ciemno-czerwonéj, ku brzegowi oczodołowemu chrząstki i w obrębie fałdu półksiężycowego zgrubiałość jeszcze znaczniejszą się staje, spojówka zaś przybiera barwę bardziéj fijoletową, stając się jednocześnie więcéj przejrzystą. Oba wałki w obrębie fałdu górnego powstałe znacznie były większe, niż przy pierwszych oględzinach. Dolną powiekę również tylko z największą trudnością udało się odwrócić. W pobliżu brzegu rzęskowego, w obrębie 2 mm. spojówka była prawidłową, daléj ciemno-czerwonéj barwy, w okolicy zaś bardzo zgrubiałego fałdu przejściowego, w pasie 0.5 ctm. szerokości mającym, na czerwono-fijoletowem tle znajdowały się liczne utwory, nie wzniesione nad poziom spojówki, wielkości każdy 1—2 mm., wyglądające jak rozgotowane ziarnka sagowe. Gdy w miesiąc późniéj widziałem chorego, znalazłem w gruncie rzeczy to samo, tylko spojówka tak dalece przykryła rogówkę, że średnica nieprzykrytéj części wynosiła tylko 2 mm.

Nie wątpiąc, ze mam do czynienia ze zwyrodnieniem co najmniéj szklistem, przystąpiłem do wycinania częściowego zwyrodniałych części spojówki i najpierw zacząłem od części przykrywających rogówkę. Gładką gałąź nożyczek wprowadzałem pod wałek aż do brzegu rogówki w kierunku promienia jéj i rozcinałem wałek, drugie cięcie wykonywałem w tym samym kierunku, w odległości 2 mm. od pierwszego, wycięty płat podnosiłem ku górze ostrym haczykiem [1]) i odcinałem je wreszcie nożyczkami. W ten sposób z wałka wyciąłem tylko sześć kawałeczków, w ciągu pięciu tygodni, w tydzień zaś późniéj nietylko cała rogówka była zupełnie swobodną, lecz nadto dokoła niéj otrzymałem zupełnie białą, całkowitą obrączkę, około 4 mm. szeroką. Następnie wycinałem cząstki wielkości 2—3 mm. z obu fałdów przejściowych, za pomocą ostrych nożyczek i haczyka, późniéj z równikowéj okolicy, w końcu ze spojówki dolnéj powieki i z okolicy mięska i fałdu półksiężycowego, które zresztą całkowicie prawie wyciąłem. Przed i po każdem wycinaniu starannie wymywałem worek spojówkowy 3% rozczynem kwasu borowego lub $^1/_{10}$% sublimatu, późniéj zasypywałem worek jodoformem. Lekki opatrunek chory nosił tylko w ciągu trzech dni, gdyż takiego tylko czasu wymagało gojenie. Podrażnienia nigdy nie było.

Po upływie trzech miesięcy powieki wyglądały zupełnie prawie prawidłowo, nie były wydatne ku przodowi, szpara powiek miała szerokości 10 mm. czyli tylko o 3 mm. węższą była od prawéj. Spojówka gałki zupełnie była bladą. W górnym fałdzie przejściowym skrócenie prawie nie było widocznem, natomiast fałd dolny stał się znacznie krótszym wskutek zrostu pomiędzy oczodołową częścią spojówki chrząstki a spojówką gałki.

---

[1]) Szczypczyków nie mogłem użyć z powodu nadzwyczajnéj kruchości tkanki.

Na prawe oko cierpiał bardzo przed 12 laty przez całe dwa lata i leczono go wówczas przyżeganiami siarkanem miedzi, poczem „zapaleń“ nigdy już więcéj nie doświadczał. Lewe oko zupełnie było zdrowe do końca roku 1885, dopiero w początku 1886 r. zaczął doświadczać pieczenia i kłucia w lewem oku, zwłaszcza na wietrze. Zgrubiałość powieki spostrzegł dopiero z początkiem lata. Dane te z wywiadów otrzymane stwierdzają poniekąd dawniejszą jaglicę w prawem oku i ostatnie zwyrodnienie szkliste spojówki lewego oka.

Przypadek 2-gi. J. P., 28 letni mężczyzna, miernéj budowy. Z prawéj strony szyi blizny powstałe w wieku dziecięcym, wskutek ropienia gruczołów limfatycznych. Prócz nieznacznego nabrzmienia tychże w różnych częściach ciała, innych zmian chorobowych nie znalazłem. Prawe oko: rogówka i białkówka zupełnie prawidłowe, toż samo skóra, jakoteż spojówku dolnéj powieki. Górna powieka. skóra prawidłowa, spojówka chrząstki gładka, lecz obrzmiała, w okolicy fałdu przejściowego ma barwę z żółtawym odcieniem i jest bardziéj przejrzystą; ziarnin jaglicowych ani śladu. Lewe oko: rogówka i białkówka prawidłowe, dolna powieka prawidłowa, spojówka jéj przekrwiona, lecz nie obrzmiała. Górna powieka opadnięta tak, iż szerokość szpary powiek równa się w środku 8 mm., gdy w prawem oku 14 mm.; powieka z łatwością daje się odwrócić. Spojówka chrząstki cokolwiek przekrwiona i zgrubiała, zresztą prawidłowa, jaglicy ani śladu, wydzielina po nocy się tylko pojawia. W okolicy fałdu przejściowego zgrubiałość o wiele jest znaczniejszą, jednocześnie barwa przybiera odcień fijoletowy, tkanka znów staje się bardziéj przejrzystą.

Po zadaniu kokainy ściąłem nożycami fałd przejściowy wraz z przyległą częścią chrząstki. Kawał wycięty miał w środku przeszło 5 mm. szerokości; przy postępowaniu w poprzednim przypadku wskazanem gojenie nastąpiło w ciągu kilku dni, bez żadnych oznak zapalenia. Po upływie 4 tygodni w wewnętrznéj połowie blizny w obrębie fałdu górnego powstałéj widoczny był wyrost w postaci fałdu (przy odwróconéj powiece) około 1 ctm. długiego a 2 mm. szerokiego; wyciąłem go powtórnie. Późniéj miałem chorego na oku w ciągu trzech miesięcy. Spojówka powieki była bladą nowych wyrostów już nie było, pozostawało tylko opadnienie górnéj powieki, które następnie operowałem według sposobu Graefego. W końcu szpara lewego oka tylko o 1 mm. węższą była niż w prawem oku, w okolicy fałdu przejściowego pozostała obszerna blizna, w pobliżu kąta zewnętrznego zrost powieki z gałką, o tyle wszakże nieznaczny, iż ruchom jéj bynajmniéj nie zawadzał. Według słów chorego, na oczy nigdy poprzednio nie cierpiał, od roku dopiero doświadczał niekiedy pieczenia w lewem oku. Obrzękłość górnéj powieki spostrzegł przed rokiem, a następnie stopniowo się ona zwiększała.

Przypadek 3-ci. 19 letnia dziewczyna, silnéj budowy, cieszy się kwitnącem zdrowiem. Prawe oko, rogówka i białkówka zupełnie prawidłowe, spojówka dolnej powieki przekrwiona, wydzieliny niema żadnéj. Górna powieka cokolwiek obrzękła w okolicy brzegu oczodołowego chrząstki; po odwróceniu powieki widzimy przekrwioną, lecz bynajmniej nie zgrubiałą spojówkę chrząstki, w obrębie zaś fałdu przejściowego spojówka jest znacznie obrzękłą. Lewe oko: białkówka i rogówka również zupełnie prawidłowe, dolna powieka przekrwiona, wydzieliny żadnéj. Górna powieka opadnięta o 3 mm., niżéj brzegu prawéj górnéj, jest znacznie obrzękłą, szczególniéj w okolicy brzegu oczodołowego. Przy namacywaniu obrzękłość ta jest gładką, bynajmniéj nie twardą i jednostajną wzdłuż całego brzegu; powieka łatwo daje się odwrócić, spojówka chrząstki jest przekrwiona, ku górze widoczną się staje obrzękłość jej, w obrębie zaś fałdu przejściowego obrzękłość się wzmaga, spojówka przybiera barwę zżółkłego sadła. Dokonane wymiary szerokości odwróconéj górnéj powieki w środku jéj dały dla prawego oka 12 mm. dla lewego 17 mm. Za pomocą nożyc Cowpera ściąłem cały fałd przejściowy wraz z górnym brzegiem chrząstki; szerokość części wyciętéj wynosiła w środku przeszło 7 mm., grubość przeszło 4 mm. Przy postępowaniu, o którem wyżéj była mowa, gojenie nastąpiło w ciągu kilku dni, bez żadnego zapalenia. W sześć tygodni po operacyi w wewnętrznéj połowie blizny w obrębie fałdu powstałéj, mianowicie w jéj tylnéj części, spostrzegłem początek rozrostu tkanki, który we dwa tygodnie późniéj przedstawiał się w postaci fałdu, barwy bladożółtawéj, długości 8 mm., a szerokości 4,5 mm.; ściąłem go téż ponownie. Od tego czasu upłynęło już przeszło rok i pięć miesięcy, a nowe narośle nie powstawały. Pozostało tylko opadnięcie górnéj powieki, które wypadnie usunąć drogą operacyjną. Spojówkę górnego fałdu przejściowego prawego oka smarowałem przez długi czas codziennie kawałkiem ałunu, a obrzękłość jéj fałdu, jeśli się nie zmniejszyła, to w każdym razie w ciągu półtora roku, przez które chorą ciągle miałem na oku, bynajmniéj się nie zwiększyła.

Chora utrzymuje, iż poprzednio nigdy na oczy nie cierpiała, tylko na pięć miesięcy przed udaniem się do mnie zaczęła doświadczać kłócia w oczach, jednocześnie dostrzegła, że lewa górna powieka brzęknąć zaczyna.

Przypadek 4-ty. 38 letnia kobieta, wątłéj budowy, lecz zupełnie zdrowa, zasięgała méj rady w kwietniu roku 1888, cierpiąc na oczy od lat 20-tu. Prawe oko: na spojówce obu powiek obszerne blizny, rzęsy prawidłowo położone; na rogówce w górnym wycinku obszerne zamglenie, bez śladu naczyń; zmniejszające się stopniowo ku środkowi źrenicy. Wydzieliny nie ma wcale. Lewe oko: szpara powiek ma w środku zaledwie 3 mm. szerokości, długość jéj prawidłowa. Na rogówce trzy rany nie głębokie około 1 mm. szerokości, spojówka gałki blada. Na dolnéj powiece, prawidłowéj co do wymiarów, spojówka chrząstki zawiera liczne blizny powierzchowne. Górna powieka opadnięta, rzęsy zupełnie podwinięte. Przy namacywaniu, o 0,5 ctm. wyżéj brzegu powieki, w pasie również 0,5 ctm. szerokości mającym, jest chrząstka zgrubiałą i guzowatą. Odwrócenie powieki udaje się wprawdzie, chociaż z wielką trudnością. Spojówka chrząstki ma jednostajną blado-różową barwę, tylko w obrębie bardzo wąskiego pasemka, przeszło o 5 mm. wyżéj brzegu położonego, ma barwę żółtawą ku fałdowi przejściowemu przechodzi w prawidłową, przy dotknięciu sondą jest twardą, lecz sprężystą. Chora utrzymuje, że górna powieka opadła przed 4 laty, że poprzednio wzrok w tem oku lepszy był niż w prawem; od roku przeszło doświadcza ciągłego kłócia i szarpania w oku, jednocześnie spostrzegłem podwinięcie rzęs. Domagała się też niezwłocznego wykonania operacyi podwinięcia rzęs, gdy zaś życzeniu jéj na razie zadośćuczynić nie mogłem, znikła mi z oczu. Zobaczyłem ją znów dopiero we dwa miesiące późniéj. Udała się do jednego z kolegów miejscowych, który wykonał operacyję Cramptona. Po téj operacyi aż dwa tygodnie trwać miało „silne zapalenie“ Podwinięcie rzęs pozostało jak dawniej, bodaj czy nie znaczniejszem nawet było, rzeczą jest wszakże godną uwagi, iż objętość powieki po téj operacyi stanowczo uległa zmniejszeniu. Wysokość cięć bocznych przy operacyi była nieznaczną, natomiast chrząstkę wraz ze spojówką rozcięto w kierunku nie poziomym, lecz znacznego łuku zwróconego ku górze. Z powodu iż podwinięcie bardzo było znacznem, rany zaś na rogówce znacznie się zwiększyły, postanowiłem wykonać operacyję Snellena, zastosowawszy ją w ten sposób, by jednocześnie usunąć zwyrodniałą część chrząstki. Wyciąłem też z chrząstki trójgran, którego ku przodowi zwrócona podstawa miała przeszło 6 mm. szerokości, ku tyłowi zaś wyciąłem ze spojówki pasemko szerokości około 2 mm. nadto ze skóry, któréj na powiece znaczny był nadmiar, wyciąłem fałd w środku około 7 mm. szerokości mający. Gdy wykonywałem cięcie w chrząstce, uczułem pod nożem ciało twarde, jakby kamień. Za pomocą szczypczyków wyjąłem też przejrzysty prawie kamień, kształtu owalnego około 2 mm. długości mający. Przypuszczając istnienie większéj ilości kamieni, zacząłem ostrożnie szukać ich szczypczykami. W istocie kierując się bardzo znacznie ku górze, wydobyłem jeszcze cztery kamienie tych samych mniéj więcéj wymiarów. Ponieważ obrażenie tkanek bardzo znacznem było, przemyłem przeto ranę starannie wodą karbolową, po wprowadzeniu zaś

nitek dla szwów (poprzednio wygotowanych w sublimacie) przesypałem jodoformem, wreszcie opatrunek zastosowałem ściśle przeciwgnilny; nitki usunąłem po upływie dwóch dni. Ropienia wcale nie było, po upływie zaś czterech dni chora pozostawała bez opatrunku codziennie na czas dłuższy. Położenie rzęs już na razie było prawidłowem, rany na rogówce zaczęły się goić. Po upływie miesiąca opadnięcie powieki o tyle się zmniejszyło, iż szerokość szpary w środku jéj równała się 9 mm., objętość całéj powieki znacznie się zmniejszyła. W miejscu ran na rogówce pozostały trzy powierzchowne plamy: $V = {}^{20}/_{70}$. Widząc chorą w rok późniéj spostrzegłem jeszcze pewne zmniejszenie powieki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Anatomija patologiczna.

J. Mitvalsky: **Przyczynek do patologii ograniczonych torbieli skórzakowych.** (Wiesbaden, 1891, str. 88, z 2-ma podwójnemi chromotablicami).

Monografija ta jest wynikiem nadzwyczaj szczegółowo histologicznie zbadanych 14 przypadków torbieli skórzakowych, wyłuszczonych w klinice prof. Schöbla. Najwięcéj (12) było takich, które w swych workach zawierały folikuły włosowe i włosy, oraz łojowe i potne gruczołki. Nie należy uważać torbieli skórzakowych za twory identyczne z kaszakami, a co dotąd robią niektórzy klinicyści (n. p. Wecker). Lebert pierwszy (1858) odróżnił takowe, poczem stwierdził to Förster i inni. Torbiele skórzakowe są wrodzone, wskutek embryjonalnego zawrotu skóry, zarośnięcia utworu z zastępczem odsznurowaniem worka; kaszak wyrasta w późniejszym wieku wskutek obliteracyj i zarośnięcia przewodu łojowego gruczołka. Pierwszy pokryty zwykle bywa skórą, mięśniem, leży blizko kości i często przyrasta do okostnéj; drugi — jako torbiel retencyjny — umieszcza się pod skórą nad mięśniem, nigdy nie spostrzega się go w oczodole, gdy przeciwnie skórzaki często wytwarzają się w jamie oczodołowéj. Torbiele skórzakowe nierzadko spostrzegamy pod postacią t. zw. oleistych torbieli (*Kystes prélacrymaux* Verneuila, *Kystes huileux*).

Torbiele skórzakowe zachowują całkowitą budowę skóry i jéj części składowych i podobnie jak skóra mogą być miejscem rozmaitych spraw patologicznych (tkanka granulacyjna, limfoid. folikuły, wytwarzanie się chrząstek i kości, *arteriitis*, *cystadenoma* potnego gruczołu itp.) Kaszak posiada nadzwyczaj prostą budowę: worek ze zbitéj tkanki łącznéj i epidermoidalna warstwowa treść, oraz tłuszcz; rzadko kiedy znajdujemy w nim włosek, należący do jedynéj torebki włosa, gdy przeciwnie mnóstwo skupionych rozmaitéj długości włosów przemawia za torbielem skórzakowym.

Podług Mikulicza ulubionemi miejscami tych ostatnich są: 1) zewn. górny brzeg oczodołu i oczodół, 2) kość skalista i sąsiednie części (mózg i jego błony); 3) korzeń nosa (glabella) i 4) okolica ciemienia wielkiego. Tłumaczy to okres embryjonalny życia człowieczego. Wiadomo, że głowa zarodka jest miejscem uwięzienia zewn. zarodkowego pęcherza w 3 miejscach: labirynt, soczewka i t. zw. *Riechgrübchen*, początek 3 wyższych narządów czucia. Dermoidy oczodołu i jego brzegu znajdują się w genetycznym związku z utworzeniem się przez uwięźnienie soczewki; derm. korzenia nosa — z połączeniem się wyrostków nosowych, kości czołowéj i górnéj szczęki, przyczem zapewne bierze udział i odsznurowanie się od „jamki węchowéj“.

Literatura przedmiotu rozbieranéj przez nas monografii dość już wielka — Szan. Kolega z nad Wełtawy zużytkował przy napisaniu pięknéj swéj pracy 43 źródeł i obcych spostrzeżeń. *Dr. J. Talko.*

Choroby wewnętrzne.

Hülscher (Wiesbaden): **O powikłaniach duru brzusznego.**

Autor zestawił z protokółów zakładu anatomo-patologicznego z lat od 1854—1890 2000 przypadków duru. Zmiany anatomiczne dzieli wedle Hoffmanna na miejscowe, ograniczające się na kępki Peyera i Jolikuły odosobnione i śledzionę. Następną grupę zmian stanowią zwyrodnienia miąższowe różnych narządów, jako skutek długotrwałéj gorączki. Z poprzednią w ścisłym związku pozostają zapalenia nerek, pęknięcia mięśni, pewne choroby nerwowe, skazy krwotokowe, puchliny, opady, zaczopy, zawały i zatory, — podczas gdy powikłania, jak: krwotoki kiszkowe, przedziurawienia jelit, zapalenie otrzewny z przebicia i samoistne, uważać należy za następstwo zmian głębszych, durowi właściwych. W dalszym ciągu istnieją powikłania powstałe z t. zw. zakażenia mięszanego, a tu należy: zapalenie płuc, opłucny, róża, ropienie tkanki podskórnéj, ropnie, zapalenie gruczołu przyusznego i zmiany dławcowe. Prócz tego istnieją komplikacyje zupełnie przypadkowe. Z liczby 2000 przypadków przebiegało 325 bez powikłań, a samo zakażenie durowe sprowadziło zejście śmiertelne, reszta zaś około 76% z powikłaniami i to w stosunku częstości: obrzęk płuc 15%, zwyrodnienia miąższowe 13%, zwyrod. tłuszczowe serca 13%, zwyrod. tł. wątroby 10%, nieżyt oskrzelowy 10%, zapalenie płuc nieżytowe 8%, zap. płuc dławcowe 7%, zawał krwawy płuc 6%, przedziurawienie jelit z *peridonitis* 6%, krwotoki jelitowe 5% obrzęk mózgu 5%, odleżyny 5%.

Jak widzimy nie ma narządu, na któryby jad durowy nie działał niszcząco. (*Wr. med. Presse* Nr. 16, 1891).

Dr. Ebersohn.

Choroby kobiece.

Massin: **O zapaleniu błony śluzowéj śródmacicznéj w przebiegu ostrych, ogólnych chorób zakaźnych.**

Zapatrywania autorów co do zachowania się błony śluzowéj macicy w przebiegu chorób zakaźnych są nadzwyczaj sprzeczne. Sławiańsky obserwował w przebiegu cholery wybitne zapalenie błony śluzowéj, które u kobiet ciężarnych wywoływało poronienie, u nieciężarnych krwotoki maciczne. Przeciwnie Queizel nie widział nigdy w przebiegu cholery krwotoków, i przypuszcza, że zapalenie błony śluzowéj w przebiegu téj choroby nie występuje, chociaż przypuszczenie to opiera li tylko na spostrzeżeniach klinicznych a nie, jakby tego ścisłość naukowa wymagała, mikroskopowych. Autor badał drobnowidowo stan błony śluzowéj i warstwy mięsnej w 18 przypadkach. Z tych 12 zmarło na dur powrotny, 2 na zapalenie płuc dławcowe, 2 na dur brzuszny i na czerwonkę, 1 na zapalenie ostre otrzewnéj. Na podstawie tych badań mikroskopowych przychodzi autor do przekonania, że błona śluzowa macicy ulega w przebiegu chorób zakaźnych zmianom, które spostrzedz można w naczyniach, w gruczołach i we właściwéj błonie śluzowej. Naczynia okazywały w przeważnéj liczbie przypadków silne nastrzykanie. Nastrzykanie to odnosiło się do naczyń włosowatych i małych żył, i zajmowała czasem tylko pewną warstwę błony śluzowéj, czasem całą jéj grubość a nawet i przylegającą warstwę tkanki mięsnej. Obok przepełnienia naczyń krwią widział autor często mniejsze lub większe wylewy krwi w tkankę, zwłaszcza w przypadkach zapalenia płuc i duru brzusznego. Krwotoki występowały częścią *per diapedesin*, częścią *per rhexin*, w ostatnim przypadku musiały ściany naczyń być kruchemi. Przyczyny téj kruchości autor nie podaje. Gruczoły a raczéj przybłonki gruczołowe okazywały zwyrodnienie sinawe, czasem w gruczole znajdowano ciałka czerwone. W saméj błonie śluzowéj widział autor naciek zapalny drobnokomórkowy. W warstwach wewnętrznych tkanki mięsnéj znachodzono również w przypadkach daléj posuniętych przekrwienie i krwotoki, oraz naciek zapalny. Autor przychodzi więc do przekonania, że w przebiegu ostrych chorób zakaźnych istnieje zapalenie błony śluzowéj macicy ze skłonnością do krwotoków. Czy zapalenie to jest wprost objawem lokalizacyi jadu chorobowego uorganizowanego, czyli mikrobów na błonie śluzowéj macicy, tego autor nie wie, zachęca tylko do badań w tym kierunku, których sam wykonać nie mógł. Zwraca przytem uwagę, że w etyjologii katarów macicznych trzeba więcéj, niż się to dotąd działo, zwracać uwagę na przebytą ostrą chorobę zakaźną (*Arch. f. Gynaek.* t. 40, zesz. I, 1891). *Dr. Al. Rosner.*

Choroby weneryczne i skórne.

L i s s a u e r: **Zmiany we wzgórkach wzrokowych w przypadkach** *paralysis progressiva.*

Autor znalazł wyraźne zmiany we wzgórkach wzrokowych w 9 mózgach paralityków. Już makroskopowo można było zauważyć, że wzgórki wzrokowe były mniejsze, niż w stanie prawidłowym. Po stwardnieniu w płynie Müllera miejsca zmienione były jaśniejsze i miększe niż otoczenie zdrowe. Badanie drobnowidowe wykazało brak komórek zwojowych i zmniejszenie się ilości włókien nerwowych a za to rozrost neuroglii. Zwykle zajętą była tylko część tylna wzgórka. Zmiana ta rozpoczyna się, jak się zdaje, od tyłu i rozszerza ku przodowi, gdyż jeśli zmienione były części przednie, to zawsze zmienione były i części tylne i to w wyższym jeszcze stopniu. Nigdy nie zauważono stosunku odwrotnego.

Autor uważa te zmiany za zwyrodnienie następowe skutkiem chorób kory mózgu albo zmian w *corona radiata.* Kilka razy znalazł odpowiednie zmiany w płaszczu mózgowym.

Co się tyczy zboczeń klinicznych, jakie chorzy ci za życia okazywali, to głównie doznawali napadów porażennych i przedstawiali objawy ogniskowego zajęcia mózgu. Przedewszystkiem były to objawy zajęcia ognisk senzorycznych, a mianowicie głuchota słów (*Worttaubheit),* hemianopsyja i zaburzenia w czuciu miały ściślejszy stosunek ze schorzeniem wzgórków. W przypadku bowiem, w którym za życia istniały tylko afazyja motoryczna i porażenie kończyny górnéj, wzgórki wzrokowe okazały się przy sekcyi prawidłowemi. (*Deut. med. Woch.* Nr. 26, 1890).

Dr. Süsskind.

L e v y: **O ukrytéj rzeżączce u kobiet.**

L. omawia objawy rzeżączki i jéj powikłania u kobiety, jakoteż leczenie takowéj a szczególnie leczenie śródmaciczne za pomocą wstrzykiwań rozczynów sublimatowych (1 : 4000), wyskrobywania za pomocą ostréj łyżeczki i następowego pędzlowania nastojem jodowym, chlorkiem żelaza lub azotanem srebrowym. L. przychodzi do następujących wniosków: 1) Gonokokus Neissera jest specyficznym i zarażającym czynnikiem. 2) Gonokoki znajdują się tak w ostrych jak i przewlekłych postaciach. 3) Występowanie gonokoków w wydzielinach jest zmiennem. 4) Nasilenie rzeżączki pozostaje zawsze w pewnym stosunku do ilości gonokoków. 5) Prawidłowe wejrzenie cewki moczowéj wcale nie dowodzi, że rzeżączka ustąpiła. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

B o r n e m a n n (Kopenhaga): **Badania nad gośćcem rzeżączkowym.**

Doświadczenia swoje zebrał B. na 271 chorych. Czas trwania zapalenia stawów wynosił średnio 68 dni. Wynik choroby był w 106 przypadkach *restitutio ad integrum,* u reszty ograniczona lub zniesiona ruchomość stawów. W największéj liczbie przypadków wypocina była ropną. W trzech przypadkach przedsięwziął B. badanie bakteryjologiczne, które ze względu na gonokokki wypadło ujemnie. W etyjologii podnosi jako okoliczność usposabiającą poprzednie przebycie choroby. Co do patogenezy sądzi B., że nie swoiste drobnoustroje wywoływują chorobę, tylko że jest ona następstwem ogólnego zakażenia przyrannego z zwykłemi bodźcami zapalnemi. Omawiając rozpoznanie podnosi różnicę między wspomnianą chorobą a ostrym gośćcem stawowym, chorobami stawów w chorobach zakaźnych, zapaleniem stawów połogowem i po zadrażnieniu cewki cewnikiem. Co do leczenia twierdzi, że wczesne usunięcie rzeżączki cewki ma ważne znaczenie zapobiegawcze. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Jan B ó k a i (Budapeszt): **O płonicowych zapaleniach stawów.**

B. rozróżnia ropne i surowicze zapalenie stawów w przebiegu płonicy. 1) Postać r o p n a powstaje w następujący sposób: a) zapalenie błony maziowéj okazuje z początku obraz ropnego zapal. stawów a wtedy uważamy je za objaw posocznicy; b) zapal. stawów z początku jest surowicze a dopiero po krótszym lub dłuższym czasie wypocina surowicza zamienia się w ropną; c) do jamy stawowéj przebijają ropnie okołostawowe, sprowadzając ropne zapalenie stawów. 2) Postać s u r o w i c z a występuje: a) jako ostre lub podostre surowicze wielokrotne zapalenie stawów, które jest podobnem do *Polyarthritis rheumatica*; b) jako przewlekle przebiegające jedno- lub wielostawowe zapalenie torebki stawowéj, mogące przejść w guz biały (*tumor albus*); c) jako surowicze zapalenie, które pierwéj lub późniéj staje się ropnem. (*Monatsch. f. prakt. Derm.* Nr. 4; 1889).

Dr. Baschkopf.

Patologija.

S é e (Paryż): **Nowy sposób leczenia gruźlicy płuc.**

Polega on na stosowaniu wdychiwań zgęszczonego powietrza zawierającego mięszaninę pary kreozotu i oleju eukalyptowego. Wdychiwania części składowych z osobna nie skutkują. W atmosferze téj chorzy mogą żyć nawet kilka miesięcy. Jako skutek tego leczenia występsje poprawa łaknienia, zwiększenie ciężaru ciała i ustępowanie gorączki. Kaszel staje się mniejszy, a plwociny płynniejsze tracą prątki. Leczenie to nie sprowadza wyleczenia, lecz z u p e ł n y z a s t ó j c h o r o b y. Z 12 w ten sposób leczonych wszyscy z wyjątkiem 3, którzy leczenie przerwali, zostali uleczeni. Środek ten nie zaszkodził nawet w obec krwotoków płucnych, owszem ustędowały one szybko pod jego wpływem. Uważać go należy za ogólne *antisepticum* dla rozgałęzień oskrzelowych. (*Wr. med. Presse* Nr. 18, 1891).

Dr. Ebersohn.

Choroby umysłowe.

K r a f f t - E b i n g (Wiedeń). **O leczeniu chorób umysłowych.**

(Ciąg dalszy i Dok. Patrz Nr. 28).

Warto teraz zastanowić się nad tem, których chorych winniśmy oddać do zakładu dla obłąkanych, a których leczyć należy w domu. Chorych z z a d u m ą można leczyć w domu, muszą oni jednak być w ciągłéj obserwacyi, bo zdarzają się samobójstwa. W zakładzie należy umieszczać chorych z postacią czynną zadumy, z wybitnem *taedium vitae* i tych, którzy stale nie chcą przyjmować pokarmów. Lekkie postacie s z a ł u również można leczyć w domu, w cięższych zaś tylko zakład dla obłąkanych jest miejscem, gdzie chorzy mają prawo i gdzie im wolno szaleć do woli. Przypadki p o m i ę s z a n i a p i e r w o t n e g o (*paranoia)* kwalifikują się do zakładu ze względów bezpieczeństwa. A l k o h o l i ś c i winni znaleść umieszczenie w zakładzie, szczególniéj w okresie *delirium acutum.* Chorzy z *dementia paralytica* mogą się leczyć w domu, tylko czasowo w okresie szału należy ich trzymać w zakładzie. O b ł ą k a n i e n a s t ę p o w e leczy się w domu. Nim chorego wyślemy do zakładu dla obłąkanych, trzeba dobrze się zastanowić, czy chorego tam umieścić należy, czy choroba n. p. szał, którą okazuje, nie jest powikłaniem jednéj z chorób zakaźnych, w przebiegu których dość często podobne napady się przydarzają. Zapamiętawszy, że c h o r o b y u m y s ł o w e n i g d y n i e p r z e b i e g a j ą z g o r ą c z k ą, mamy w mierzeniu ciepłoty środek do wystrzegania się takich bądź co bądź zawstydzających pomyłek. Także nie należy odsełać do zakładu chorych z pomięszaniem przejściowem, jakie się często zdarzają n. p. w przebiegu padaczki. Dalszą czynnością lekarza przy odsełaniu chorego do zakładu jest wyczerpujące spisanie h i s t o r y i c h o r o b y. Od dokładności tejże zależy i możność rozpoznania wczesnego choroby i leczenie, więc dobro chorego. Wysełanie chorych do zakładu winno się odbywać o ile możności wcześnie, nie strasząc się myślą, jakoby zdarzały się przypadki, że zdrowych zamykano w zakładzie dla obłąkanych. Niedorzeczność tego najlepiéj ilustruje postępowanie formalne, ustawą wymagane. Uwiadomienie Sądu na 24 godzin przedtem i komisyja z 2 lekarzy sądowych złożona nie dopuści chyba do téj ewentualności. Nie zawadzi zwrócić uwagę na s p o s ó b, w j a k i n a l e ż y c h o r e g o o t e m k r o k u u w i a d o m i ć. Ogół jest zdania, że należy użyć podstępu. Powiada się choremu, że pojedzie do „wujaszka z Ameryki“, na zabawę i t. p.,

lecz nie wie się o tem, że kiedy brama zakładu zamknie się za nieszczęśliwym, tenże złorzeczy rodzinie i lekarzowi, że go podeszli i oszukali. Najlepiéj zdaniem autora jest powiedzieć choremu, który może być wyleczony, prawdę, że jest chory i że zostaje odesłany do szpitala, a gdyby nie szedł dobrowolnie, lepiéj użyć przemocy, niż podstępu. Tylko chorych nieuleczalnych można wziąć podstępem.

Z kolei omawia autor postępowanie lecznicze w chorobach już rozwiniętych. Tu przedewszystkiem winniśmy starać się dociec, jaka sprawa patologiczna toczy się w mózgu chorego, czyli rozpoznać anatomicznie, a gdyby to było niemożebnem, zadowolić się możemy rozpoznaniem czynnościowem. Rozpoznawszy n. p. szał, zadumę, badamy daléj przyrodę tego stanu, bo innego leczenia wymaga obłęd opilczy a innego szał połogowy. Niezawsze, jak to ogólnie sądzą, szał polega na przekrwieniu a zaduma na niedokrewności mózgu, i dlatego zawsze należy indywidualizować, nie zapominając też o indywidualności psychicznéj chorego. Następnie należy zadać sobie pytanie, czy choroba rozwinięta jest pierwotną, czy też następstwem choroby innego narządu, n. p. serca, płuc, nerek, macicy. Co do téj ostatniéj, to zwykle lekarze zanadto pochopni są do wynajdywania związku przyczynowego pomiędzy chorobą umysłową a macicą, a szczególnie, gdy równocześnie z wybuchem choroby ustaje regularność. Jestto niesłuszne, bo jedno i drugie może mieć tę samą przyczynę w szkodliwości zewnętrznéj. Autor nie zgadza się na to, aby wszystkie umysłowo chore kobiety odsyłać do położnika — przypadki te natomiast należy wybierać. Gdyby kobieta taka zbadać się nie dała ginekologicznie, a niema zastraszających objawów, jak krwotoków z części rodnych, podejrzenia nowotworu i t. p., to zmuszać jéj niema potrzeby. Środków swoistych na choroby umysłowe niema, czynimy tylko zadość pewnym wskazaniom jużto lekarstwem (przyczem pamiętać należy, że te same dawki co w innych chorobach i tu mają zastósowanie) jużto metodą leczniczą. Jednem z takich wskazań jest postępowanie wobec przekrwienia mózgu. Pierwéj zawsze upuszczano krwi tem więcéj, im więcéj chory szalał. Takie leczenie jest błędnem, a to z następujących powodów: 1) nie zawsze przekrwienie mózgu jest przyczyną szału, bo wiemy, że i niedokrewność mózgu takie może sprowadzać objawy, a 2) że krew jest dla chorego drogocennym skarbem, z którym tak bezwzględnie obchodzić się nie wolno, gdy zważymy, że ma ona utrzymywać chorego w siłach i dać mu możność odbudowania braków mózgu. Jedynie w przekrwieniu biernem wywołanem chorobą serca, płuc, zatrzymaniem regularności, w początku szału ostrego może upust krwi dobre oddać usługi i to w postaci pijawek na wyrostki sutkowe lub przegrodę nosową postawionych. Dobrze też działają bańki, środki obniżające parcie i zwalniające czynność serca, jak letnie kąpiele i przetwory naparsinicy w połączeniu z makowcem lub *natr. nitricum*.

Celem zwężenia naczyń mózgu, które się znajdują w stanie porażennym, działamy okładami lodowemi, przyrządem Leitera na głowę lub szyję. Zimno tu działa najprawdopodobniéj w ten sposób, że zadrażnienie nerwów czuciowych skórnych zimnem przenosi się na środek naczynioruchowy w rdzeniu przedłużonym, wywołując zwężenie naczyń. Ponieważ wedle badań Heidenhaina i Schüllera środki drażniące skórę wywołują również zwężenie naczyń mózgu, można i ich użyć w postaci gorczycy na głowę, kąpieli gorczycznych (250—300 gr. *pro baln.*) lub kąpieli nożnych. Z środków aptecznych poleca się: chininę, kofeinę, nikotynę, makowiec i brom. Najlepiéj ze wszystkich działa sporysz. W każdym przypadku czynnego przekrwienia mózgu jak w szale, obłędzie opilczym, *mania transitoria*, *dementia paral.* i *delir. acutum* można podawać *extr. secal. corn.* po 0·25 do 1·00 gr. na dzień. W razach, gdy idzie o pośpiech, dajemy *Ergotinę* (Bonjeana lub Wernicha) $^1/_2$—1 strzykawki podskórnie z prawie natychmiastowym wybornym skutkiem.

Postępowanie nasze w niedokrewności mózgu ogranicza się do podawania wyskoku dla poprawy odżywienia i snu, środków pobudzających, jak eteru i *liquor. Ammon. anis.* w wyniszczeniu znacznem, a w zapadzie kamfory jużto w proszkach po 0·1—0·2, jużto podskórnie w oliwie 1 : 10. Jeżeli niedokrewność polega na skurczu naczyń używamy, azotynu amylowego w ilości 2—12 kropel — i to w niedokrewności znaczniejszego stopnia, wobec t. zw. tętna kurczowego *(Krampfpuls)*, przy słabéj czynności serca. W *melancholia cum stupore* trzeba być ostrożnym, aby wskutek nagłego porażenia naczyń nie wystąpiły przesączyny do mózgu. Dalszą czynnością lekarza jest uspokojenie chorego. W tym celu uciekamy się do makowca i jego przetworów. Należy przedewszystkiem zaprzeczyć przesadnym obawom utrzymujących, że makowiec jest środkiem szkodliwym, że jest *stupefaciens* i że poraża komórki zwojowe mózgu. Takie działanie występuje chyba tylko w przekrwieniu biernem mózgu, w czynnem zaś jest on dobrym środkiem drażniącym nerwy naczynio-zwężające, jest doskonałem *tonicum* dla mózgu, a co najważniejsza ma wprost własności odżywcze. Co do wskazań dla makowca, to na pierwszym planie wymienić należy zadumę, w któréj bez makowca obchodzić się nie można i nie należy z 2 powodów: 1) własności odżywczych i 2) téj, że jest dla chorego kaftanem chemicznym, ochraniającym go od niebezpieczeństw z choroby wynikających. W zadumie biernéj nie działa. Wielkość dawki zależy od przypadku. Autor chętnie używa makowca podskórnie w postaci wyciągu wodnego *Rp. Extr. Opii aq.* 1·0, *Aq. dest.* 18·0, *Glycerini* 2·0 i z tego podaje naraz 1 strzykawkę (0·05), postępując w miarę potrzeby do 0·1 — ba nawet w 1 przypadku doszedł autor do dawki 1 gr. na dzień, którą bez szkody choremu przez dłuższy czas podawał. Z alkaloidów makowca poleca jedynie kodeinę i morfinę. Mają zawsze tam zastosowanie, gdzie opium, i choć nie mają jego działania odżywczego, działa szczególniéj morfina tam, gdzie idzie o prędki skutek. Do stron ujemnych morfiny należy: rychłe wyniszczenie ustroju, morfinica, często po zastrzyknięciu występujące objawy shoku i otrucia. W otruciu stosuje się atropinę, czarną kawę, zlewania zimne na okolicę rdzenia przedłużonego i upust krwi.

Prócz makowca można przepisywać: *sulfonal*, *paraldehyd*, *hyoscinum mur.*, który w dawce $^1/_2$—1 mlgr. uspokaja chorych najbardziéj szalejących, i sole bromowe. Te ostatnie oprócz własności uspokajających mają i tę zaletę, że działają obniżająco na ośrodki odruchowe, należy ich więc używać w psychozach odruchowych i padaczce. Dawka bromu jest 4—12 gr. dziennie (średnio 6—8) w wodzie dla uniknięcia nieżytu żołądka i gardła. Do działu środków uspokajających należą też i nasenne.

Brak snu może mieć różne przyczyny i tak: 1) niedostateczny przypływ krwi do mózgu. Najlepiéj działa tu alkohol w postaci $^1/_2$ litra piwa, kielicha wina, koniaku, rumu. 2) zwiększony przypływ krwi do mózgu. W tych przypadkach używamy kąpieli letnich, gorczycznych, nożnych, sporyszu i bromu. 3) w chorobie umysłowéj ze zmianami organicznemi usuwamy bezsenność najłatwiéj morfiną; 4) w psychozach czynnościowych brak snu wskutek strachu, urojeń, wyobrażeń przymusowych znika po podaniu środków uspokajających, jak: makowca, sulfonalu, paraldehydu i wodnika amylenu. 5) W niektórych przypadkach chorzy nie mogą spać wskutek przeszkód przyrody macinniczéj i neurastenicznéj. Chory słyszy uderzenia serca, tętnienie aorty i t. d. Tu robimy zawijania priessnicowskie, podajemy kozłek, krople laurowe i sulfonal. 6) Przy zwiększonéj pobudliwości płciowéj brak snu usuwamy bromem, *camphor. monobrom.* w dawce $^1/_2$ gr. 7) Jeżeli przyczyny nie znajdziemy, próbujemy po kolei: wodnika chloralu, amylenu i paraldehydu. Najlepszym ale i najbezpieczniejszym z nich jest chloral. Nie wolno go podawać u ludzi dotkniętych miażdżycą tętnic, bo może wywołać udar mózgowy, a po dłuższem podawaniu może wystąpić żółtaczka z krwi, któréj ciałka czerwone niszczy ten przetwór. Dobrem jest połączenie wodnika chloralu z morfiną, bo i mniejsze dawki są dostatecznemi i działanie szybszem. Wodnik amylenu działa w dawce 3—6 gr. w połączeniu z koniakiem; paraldehyd

od 4—8 gr. z *tinct. fruct. aurant.* Do fizykalnych środków nasennych należą kąpiele letnie (28—26°) krótko- lub długotrwałe (do 12 godzin), i prąd galwaniczny słaby przez głowę na 2—3 minut.

Jako o ważnem powikłaniu, wymagającem leczenia, wspomina autor o wygórowanéj pobudliwości płciowéj i stąd wynikającéj masturbacyi. Nie wszystkie t. zw. *antiaphrodisiaca* działają skutecznie. Najlepszemi są: *kali bromat.* w dawkach wyżéj 6 gr., *camphor. monobrom.*, lupulina w dawce nie mniejszéj od 1 gr., antipyrina i *natr. nitricum* 3 gr. *pro die.* U kobiet jest się niekiedy w stanie położyć tamę masturbacyi zabiegami zewnętrznemi, jak: znieczuleniem kokainą wejścia do pochwy i okolicy, przyżeganiem a w rozpaczliwych przypadkach wycięciem łechtaczki.— Obok tego najważniejszem jest postępowanie dążące do skrzepienia chorego. Środkami do celu prowadzącemi są: dobra kuchnia, dobra piwnica, łagodne zabiegi wodolecznicze i elektryczność, w postaci faradyzacyi ogólnéj lub mięsienia elektrycznego. W razie gdy chory nie przyjmuje pokarmów, należy zbadać przyczynę jadłowstrętu, a nią może być: zaparcie stolca, zapalenie gardła, chęć popełnienia samobójstwa lub urojenia religijne i hypochondryczne. Wówczas każemy choremu położyć się do łóżka, aby o ile możności najmniéj oddawał ciepła i dopiero gdy sytuacyja staje się groźną, gdy chory mimo głodu ani pokarmów ani napojów nie przyjmuje, przystępujemy do karmienia sondą. Zabieg to niebezpieczny, szczególniéj gdy chory się broni, pokarm zwraca lub nie połyka, i może go narazić na zapalenie płuc połykowe, zropienie gardziela lub nosa. Korzystniéj aniżeli *per os* jest karmienie *per nasum*, przyczem używa się zgłębników cienkich a gładkich. Karmienie *per anum* nie wystarcza i stósuje się je tylko w ostateczności. Dobre usługi oddaje autorowi kateter Nelatonowski, który wprowadza przez nos do przełyku i łączy z strzykawką napełnioną płynnym pokarmem. Przez rytmiczne posuwanie tłoka zmusza niejako chorego do połykania wylewającéj się a gardziel drażniącéj cieczy. Nigdy jednak nie trzeba się zbytnio spieszyć z karmieniem przymusowem, chyba że ono jest jedynym środkiem do uratowania chorego od śmierci głodowéj. (*Wr. med. Presse* 13—22 z 1891).

Farmakologija.

Hertel: *Phoenocollum hydrochloricum* (*antisepticum* i *antirheumaticum*).

Jestto proszek krystaliczny, biały, w wodzie rozpuszczalny, smaku słono-gorzkiego i jest połączeniem chemicznem fenacetynu z grupą amidową. Dawki 0·50 gr. sprowadzają od czasu do czasu obniżenie ciepłoty o $^1/_2$° na czas krótki, dawki 0·50—1·5 gr. co godzinę podawane, nieregularne obniżenie o 1° również na czas krótki. Dopiero dawka 5 gr. rozdzielona na cały dzień może sprowadzić stan bezgorączkowy. Ilość tę bez szkody chorym podawano. W ostrym gośćcu stawowym sprowadzał środek ten nieraz lepsze skutki niż inne, w zapaleniu tryprowem stawu nie działał, również nie wywiera żadnego działania ani na serce, ani na nerki i wydziela się szybko z moczem, nadając mu barwę brunatno-czerwoną. (*Wr. med. Presse* Nr. 16, 1891).

W *Berl. klin. Wochschrft* Nr. 16 podaje Wolfert wyniki działania **kantarydyny w raku**. Jeszcze w r. 1860 wyciął Wijms raka sutka, a gdy u choréj w rok później wystąpił nawrot, podawał jéj po powtórnéj operacyi wewnętrznie: Rp. *Trae canthariid. Vini camphor.* aa 5·0 w roztworze gumy 200 gr. przez 2 miesiące. Skutek był ten, że kobieta dotąd żyje i jest zdrowa. W r. 1880 wyciął również raka sutka z następowem zastosowaniem kantarydyny i dotąd nie ma nawrotu choroby. W jednym przypadku autor przekonał się o skuteczności tego leku bez operacyi. U kobiety niemłodéj o wejrzeniu charłaczem wystąpiły objawy zwężenia gardziela bez powodu. Podawał jéj więc kantarydynę i spostrzegł, że trudność połykania i zwężenie ustępowały, a chora wróciła do sił. Od czasu do czasu jednak używa jeszcze tego leku. (*Wr. med. Presse* Nr. 18, 1891).

Dr. Ebersohn.

V. Korespondencyje.

Petersburg, dnia 2/14 czerwca 1891 r.

Blizko milijonowa stolica (955.000) bardzo mało w latach ostatnich zwiększająca się co do ludności, nie posiada tylu zdrowotnych instytucyj, co stolice państw Europy zachodniéj, jednakże bardzo powoli widzimy wciąż przyrost szpitali, których ogólna liczba wynosi 86, z 13,010 łóżkami. W stosunku do ogólnéj ludności wypada, że 1,3% ludności stolicy leczy się w szpitalach. Z 86 szpitali 39 jest rządowych z 7,288 łóżkami, 35 prywatnych z 1,134 łóżkami i 12 na utrzymaniu municypalności z 4,588 łóżkami. Na każdy z 86 szpitali przypada średnio 151,2 łóżek.

Z biura obrachunkowego stolicy z r. 1890 dowiadujemy się o liczbie chorych w każdym szpitalu, która jest następująca:

Miejski szpital dla chorych zaraźliwych systemu barakowego (300 łóżek), Obuchowski (1100), Aleksandrowski dla robotników (830), Petropawłowski (490), Św. Maryi Magdaleny (240), Kalińkiński żeński i syfilit. (470), Św. Mikołaja Cudotwórcy dla chorych umysłowych (380), Św. Pantelejmona dla chorych umysłowych chronicznych (650), Wielki Ochteński czasowy męzk. syfil. (200), Mały Ochteński czasowy dla chronicznych umysłowo-chorych żeńs. (200), Aleksandryjski dla chorych wysypkowych (68), Miejska dobroczynność „bohodielnia“ (2700), Aleksandrowski żeński szpital dla chorych płucowych (50), Aleksandrowski miejski szpital na pamiątkę 19 lutego 1861 r. (800), Szpital petersb. duchownéj Akademii (16), Duchownego Seminaryjum (20), Aleksandra Newskiego duchownéj szkoły petersburskiéj turmy męzk. (250), żeńsk. (50), Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Grzegorza (123), Zgromadzenia św. Trójcy (męzk. 50, żeńsk. 40), do którego nie przyjmują chorych wysypkowych, syfilitycznych i umysłowych, Szpital Elżbiety dziecięcy dla nieletnich (100), Św. Mikołaja dla chorób zakaźnych (142), ks. Piotra Oldemburskiego (200), w którym 25 dla piersiowych i 25 dla zakaźnych, miejski szpital dziecięcy, wchodzący w skład miejskiego Aleksandrowskiego szpitala (męz. 10, żeńs. 10), Ewangielicki szpital kobiecy (65), Szpital żeński przy Zgromadzeniu św. Krzyża Sióstr Miłosierdzia „krestowo zdwiżeńskaja obszczina“ (18), Bezpłatna lecznica dla kobiet i dzieci dla chorób niezaraźliwych przy zgromadzeniu Imienia Zbawiciela (żeń. 16, dzieci 22), kliniczny wojskowy szpital klasy 3-ciéj (37), kliniczny instytut W. ks. Heleny Pawłowny (100), Maryjski szpital dla biednych (541), w którym chirurgicznych łóżek 160, a z pozostałych 381 (męż. 190, żeńs. 161), Maryjski dom położniczy (29), Michałowski kliniczny szpital baroneta Wilié (150), Mikołajewski szpital wojskowy (1500), położniczy instytut (położn. 50, ginekol. 30), Zgromadzenia Siόstr Miłosierdzia (24), Pocztowo-telegraf. szpital (56), pokoi położniczych po 10, w każdym z nich po 6 łóżek (60), pięć położniczych schronisk zamiejskich (25), Nadieżdieński położniczy zakład (110), Kożdestwieński miejski baraczny szpital w pamięć Cesarzowéj Maryi Aleksandrówny (104), Szpital dla wysypkowych (68), Morski szpital (300), Petersburski przydworny szpital (75), Św. Olgi (70), Semionowsko-Aleksandrowski szpital (400), Zwiększone szpitale pułkowe 1-gwardyi (200). Chirurgiczna lecznica przy Aleksandrowskiem Zgromadzeniu sióstr miłosierdzia Czerwonego krzyża (24).

Oprócz szpitali stolica posiada prywatne lecznice chorych i domy zdrowia w liczbie 35, a w ich rzędzie wodolecznic 4, gimnastycznych zakładów 4, ocznych 2, dziecięcych 1, prywatnych lecznic dla przychodzących chorych jest 25.

Ogół lekarzy w Petersburgu przedstawia pokaźną liczbę 1,407, nie licząc czasowo przebywających. Znaczny ich procent stanowią Niemcy, zajmujący dotąd najpopłatniejsze posady lekarzy szpitalnych i korzystający z licznej klienteli prywatnéj. Do pewnego stopnia ignorują oni kolegów Rosyjan i innej narodowości i stanowią jakby oddzielny świat lekarski, posiadając towarzystwo lekarzy niemieckich, w którem rozprawy się toczą po niemiecku, wydają pismo lekarskie, będące organem ich towarzystwa i t. d. Dla tych powodów,

pomimo wyższéj swéj kultury, lekarze niemcy nie mają miru u swych kolegów rosyjan. Liczba lekarzy polaków w stolicy dochodzi 136, a więc stanowi 12% ogólnéj liczby lekarzy. O ile niemcy trzymają się z sobą i przestrzegają praw etycznych, dotyczących ich profesyi, nie można tego powiedzieć o polakach. Znaczna ich liczba w Petersburgu, a jeszcze większa w Rosyi, gdzie coraz bardziej młodzież kończąca studyja lekarskie podąża za chlebem, przy znaczniejszej solidarności mogłaby wytworzyć samoistną jednostkę podobnie jak lekarze niemieccy z wychodzącem pismem lekarskiem polskiem w stolicy, któreby połączyło wspólnym węzłem wszystkich polaków lekarzy, rozrzuconych na ogromnych przestrzeniach Rosyi europejskiej i azyjatyckiéj. Tymczasem dzieje się przeciwnie. Narodowość nasza, przeniesiona w warunki niekorzystne, prędko zaciera swoją odrębność plemienną nie posiadamy tej siły i odporności właściwéj rasie germańskiéj; młodzież nasza po ukończeniu Uniwersytetów rosyjskich, po zamieszkaniu w Rosyi w wielkiéj ilości, szczególnie w latach ostatnich, jako lekarze, przyzwyczajają się do miejscowych warunków, żeniąc się z rosyjankami pozostają na zawsze na obczyźnie i całemi rodzinami stają się straconemi dla naszéj narodowości. Szukanie chleba poza krajem, w którym, jak wiadomo, żaden z miejscowego pochodzenia nie może zająć urzędowego stanowiska, jest klęską rozpraszającą nasze siły intelektualne wśród obcych, a dla braku miejsc wolna praktyka, napotykająca nieprzezwyciężoną konkurencyję młodych lekarzów żydów, nie może dać utrzymania.

W Petersburgu pośród lekarzy należących do naszéj narodowości, są niestety częste wyjątki, które frymarczą swem imieniem i zaciemniają dobrą ich sławę, jaką polacy sobie tu wywalczyli jeszcze od czasu ś. p. Mianowskiego, który, jak wiadomo, był nie tylko szczęśliwym praktykiem i używał wielkiego zaufania u dworu, lecz wiele zarabiając, miał zawsze otwarte serce i kieszeń dla uczącéj się młodzi. Dziś tu szerokiego też rozgłosu używa ziomek nasz zasłużony uczony, akademik prof. Jan Mierzejewski, szczycący się praktyką pośród rodziny Cesarskiéj i ulubieniec petersburskiéj publiczności. Docent akademii Dr. Stanisław Daniłło, który dał się poznać Cesarzowi i innym osobom z Jego rodziny z wykładów, które miewał z zakresu zjawisk hypnotyzmu i chorób nerwowych na ich wezwanie, wreszcie akademik i zasłużony prof. Antoni Krasowski, znany akuszer i ginekolog i kilku innych. Z lekarzy praktyków, którzy zasłużyli tu na dobre imię wśród publiczności, należą: Drowie: Mikołaj Strawiński, Rymowicz, Radecki i wielu innych.

Akademija wojskowo-medyczna, dziś z ograniczoną liczbą słuchaczy, ma wyłącznie za zadanie przygotowanie lekarzy wojskowych dla armii. Wszyscy więc, którzy ten zakład ukończą, obowiązani są odsłużyć odpowiednią liczbę lat, i z tej przyczyny z innych uniwersytetów młodych lekarzy nie przyjmują do służby wojskowéj. Projekt jednak kiełkujący obecnie co do zwiększenia w dwójnasób liczby lekarzy w pułkach zwiększy znowu na czas jakiś potrzebę kandydatów i znowu wielu bez posad lekarzy znajdzie pole do pracy. Uniwersytety rosyjskie corocznie bowiem zalewają kraj nowymi lekarzami, którzy nie znajdują dla siebie zajęcia, lud bowiem nie uznaje jeszcze potrzeby udawania się do rady lekarskiéj. Chodzą pogłoski o projekcie zniesienia jednego ze stopni naukowych, a mianowicie niższego stopnia lekarza, jaki dotąd otrzymują wszyscy kończący wydział lekarski w Rosyi, który w swych prawach nie wyróżnia się niczem od stopnia Dra medycyny. Ten ostatni ma znaczenie w razie chęci otrzymania wyższéj posady, na ktory zwykle należy powtórzyć dawny egzamin stopnia lekarza i obronić rozprawę. Do otrzymania tego stopnia zwykle dążą lekarze wojskowi, chcąc mieć awans w służbie i zostają na czas jakiś wydelegowani w tym celu do akademii wojskowo medycznéj. Co sobota rok cały, wyjąwszy czas świąteczny i wakacyje, w gmachu akademii trwają dysputy, w celu obrony napisanéj przez doktorandów rozprawy dla otrzymania uczonego stopnia. Podczas jednej z takich sobot rozprawowych wszedłem do akademii, w któréj broniono właśnie aż 6 dysertacyj. Połowa z nich treścią należała do fizyjologii, a druga do neuropatologii. Była to ostatnia sobota obrony dysertacyi w roku naukowym bieżącym, w którym podobnych wyszło z akademii aż 98. Oprócz wyłącznego tylko pedagogicznego charakteru, prace ich innego znaczenia nie mają, najczęściéj nie przyczyniają się zupełnie do wzbogacenia wiedzy lub jéj posunięcia naprzód.

W dniu 31 maja r. b. świat adwokacki obchodził 25-letni jubileusz jednego ze swych najbardziéj zasłużonych członków, naszego ziomka prof. Dra Włodzimierza Spasowicza. Obrony jego nie tylko mają wyłączne znaczenie w sądownictwie, lecz w nich występuje głęboki psycholog, wczytujący się w głębię duszy ludzkiéj, znawca dokładnie oceniający fakta sądowo lekarskie i dla czysto osobistych interesów obrony klienta nie stojący w kolizyi z orzeczeniem lekarza biegłego, czego się dopuszczają zwykli adwokaci, lecz przeciwnie, w sądzie dopuszczający lekarzowi swobodę słowa i słuchający z uwagą jego orzeczeń. W uznaniu zasług więc Spasowicza w obchodzie jubileuszowym przyjęło udział i towarzystwo psychiatrów petersburskie. W jego imieniu prof. Mierzejewski wypowiedział piękną mowę, oceniając zasługi jubilata jako znakomitego obrońcę sądowego.

Jan Iłgowski.

II. Korespondencyja z Rossyi i Król. Polskiego.

Dawne wyższe kursa lekarskie dla kobiet ma zastąpić petersb. żeński instytut lekarski. Kurs 4 letni; po ukończeniu słuchaczki będą pracować od 1 do 3 lat w szpitalach dla dzieci i w klinikach, dopiero potem zdawać mogą na stopień „kobiety-lekarza“ w komisyach egzaminacyjnych. Z kursu wyłączono: historyję medycyny, epizoocyję, policyję lekarską i medycynę sądową. Dyrektorem będzie jeden z profesorów.

Wydział lekarski Uniw. Kijowskiego ukończyło w r. b. 15 polaków: Kaz. Antoniewicz, Wład. Bieliński, Stan. Dobrowolski, Wład. Gnoiński, Robert Gotszalk, Kaz. Jasieński, Leop. Kozłowski, Paweł Lenczowski, Tad. Nowkoński, Edw. Rodziewicz, Tom. Sikorski, A. Stawirski, Tarnawski, Tomkowicz i A. Żurawski.

Ordynator warsz. instytutu oftalmicznego rad. kol. dr. Bol. Gepner został awansowany na miejsce ś. p. Szokalskiego głównym lekarzem w tymże instytucie. Wład. Garliński mianowany został etatowym ordynatorem kliniki oftalm. uniw. warszawskiego. Asystent woj. lek. akademii w Petersburgu dr. Pasternacki został mianowany nadzw. profesorem terap. kliniki szpitalnéj w téjże Akademii. W Wilnie zmarł nagle dr. Hipolit Kozłowski.

Zatwierdzono roczny etat Instytutu doświadczal. medycyny w Peters. w kwocie 131 600 rs. *Dr. J. T.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 lipca. Jutro rozpoczyna się w mieście naszem VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Gdy przed laty 23 w skutek inicyjatywy kolegi Dra Adryjana Baranieckiego czyniono przygotowania celem urządzenia I-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich i wystawy w związku ze Zjazdem będącéj, komitet gospodarczy nie był pewnym, czy usiłowania jego uwieńczone będą skutkiem pomyślnym. Pokazało się atoli, że myśl była zdrową, gdyż próba pierwsza wypadła nadspodziewanie dobrze. Z większą otuchą przystępowano do Zjazdów następnych, a tylko dla braku miejsc odpowiednich musiano zaniechać pierwotnego zamiaru odbywania Zjazdów rok rocznie, bo w stosunkach naszych mogliśmy liczyc tylko na 3 miasta główne, a mianowicie na Kraków, Lwów i Poznań, w których to miastach wyłącznie Zjazdy się odbywały dotychczas, a mianowicie w Krakowie 2 razy, we Lwowie 2 razy a raz w Poznaniu. Że zaś Zjazdy były i są na czasie, dowodzi wymownie fakt, że liczba członków i uczestników ciągle się wzmagała. Miejmy więc nadzieję, że Zjazd, po raz trzeci w Kra-

kowie odbyć się mający, nie uczyni wyjątku od reguły. Wprawdzie na ostatnim Zjeździe odbytym we Lwowie poruszono myśl, aby Zjazdy odbywały się i we większych miastach prowincyjonalnych, przedewszystkiem Galicyi, ale sądzimy, że uchwałą w téj mierze zapadłą chciano objawić raczéj dobre chęci i uznanie dla miast niektórych galicyjskich, które w ostatnim czasie znacznie i pod każdym względem podniosły się, jak Kołomyi, Stanisławowa, Tarnowa, Tarnopola i t. d., bo nie zastanowiono się nad pytaniem, czy w miastach tych znalazłoby pomieszczenie zebranie, dochodzące do 1000 osób a może tę liczbę nawet przewyższające, skoro już w Krakowie pomieszczenie tak znacznéj liczby gości natrafia na pewne trudności, pomijając już okoliczność, że miasta prowincyjonalne nie posiadają ani większych szpitali, ani innych zakładów naukowych, któreby mogły budzić interes tak licznego zebrania. Kwestyję tę pozostawić więc należy przyszłości, a na teraz zadowolić nam się wypada przeświadczeniem, że wspomnione 3 miasta główne dobrowolnie i chętnie zgadzają się, a nawet ubiegają się o przyjemność podejmowania lekarzy i przyrodników z rozmaitych dzielnic ojczyzny naszéj spieszących na Zjazdy. Tembardziéj lekarze i przyrodnicy sami witają radośnie miłych swych gości rodaków, a zarówno serdecznie witają pobratymców kolegów czeskich, którzy od pierwszego Zjazdu dotrzymują placu i jak na wszystkich poprzednich Zjazdach osobistem zjawieniem się oraz pracami swemi łączności z nami i z naszemi celami naukowemi składają dowody. Liczne już zgłoszone prace pozwalają nam rokować pomyślnie o wartości naukowéj Zjazdu VI, a nadto dowiadujemy się, że obok posiedzeń ogólnych i sekcyjnych, obok więc czynności ściśle naukowéj, Zjazd VI. zajmie się niektóremi sprawami znaczenia ogólniejszego i że równocześnie obradować będą komisyje nad kwestyjami ogół lekarzy i przyrodników obchodzącemi, jak nad wydawnictwem nowego słownika lekarskiego, ujednostajnieniem słownictwa lekarskiego itd. Również wystawa stanie godnie obok wystawy urządzonéj podczas ostatniego Zjazdu lwowskiego. Tak więc wolno cieszyć się nadzieją, że pomimo, iż z wielu względów musiano wybrać porę dla Zjazdu nie bardzo odpowiednią, starania i dobre chęci Komitetu przygotowawczego uwieńczone zostaną pożądanym skutkiem, że potrafimy zadowolić miłych gości naszych i że Zjazd VI potrafi utrzymać godnie tradycyję Zjazdów polskich. Nie wątpimy, że jesteśmy wyrazem wszystkich kolegów, jeżeli imieniem lekarzy krakowskich serdecznie i radośnie witamy przybywających szanownych gości naszych!

* *Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

W dalszym ciągu zgłosili wykłady:

W sekcyi chirurgicznéj: Dr. Solmann z Warszawy: O torbielach trzustki.

Dr. Kryński: Przyczynek do etyjologii przerostu języka (*Makroglossia*).

W sekcyi okulistycznéj: Dr. J. Talko: Przypadek rozdwojenia nerwu wzrokowego wraz z czerniakiem (*melanoma)* wyrostka rzęskowego.

W sekcyi higijenicznéj: Prof. Dr. Józef Szpilman ze Lwowa: Próby oczyszczania wody z *cladothrix* i *cracothrix* za pomocą wapna niegaszonego.

Dr. Karczewski z Kowanówka: O wzrastaniu chorób umysłowych i nerwowych, jako kwestyja społeczna.

* W tygodniu 26-ym (od 28/6—4/7) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 40, skonów 42, z tych z gruźlicy 10, z zap. płuc 9, z dławca i błonicy, z duru brzusznego i z nieżytu żołądka i jelit po 2.

* W Krynicy do d. 29 czerwca było gości 1547, — W Szczawnicy do d. 7 b. m. 1116, w Cieplicach czeskich 3437, w Truskawcu 398.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Hirsch Beck z Krakowa, Samuel Bandet z Bohorodczan w Galicyi, Maryjan Kulczycki ze Lwowa.

* **Odznaczenia**. Starszy lekarz sztabowy 1-éj kl. Dr. Mikołaj Munk (rodak nasz), szef sanitarny przy komendzie wojskowéj w Zadarze w Dalmacyi, przeniesiony w stan spoczynku otrzymał charakter jenerał-lekarza sztabowego oraz order korony żelaznéj 3-iéj kl. w uznaniu długoletniéj, wzorowéj służby tak podczas pokoju jak podczas wojny.

* **Nekrologija**. Na Litwie umarł Dr. med. Ignacy książę Żagiell. Urodzony d. 1 lutego 1826 r. w Kierposzyszkach pod Wilnem uczył się w Kijowie, póżniéj za granicą. Stopień doktora osiągnął w Paryżu i Londynie. Jako lekarz wojskowy angielski udał się do Indyj, gdzie pozostał przez 4 lata, zkąd udał się do Egiptu, gdzie został lekarzem przybocznym Wicekróla, następnie do Stambułu, dokąd powołany został jako lekarz przyboczny Sultana Abdul-Azisa. Po śmierci tegoż w r. 1876 powrócił do Wilna, gdzie przez 5 lat był prezesem komisyi zdrowia. Pisał wiele po polsku, francusku i angielsku; nadto wydał po po polsku historyję Egiptu i Podróż historyczną po Abissynii. — W Przemyślu umarł tameczny fizyk miejski Dr. Dworski.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.